FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1890 — N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 2 Juillet 1890, à 1 heure

Par Luis RODRIGUEZ

Né à Caracas (Vénézuéla).

Docteur de l'Université centrale des États-Unis de Vénézuéla

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

SARCOME DE LA PAROTIDE

(SARCOME PUR)

Difficillimum aggredior laborem et exitum vix promitto, qui lectori satisfaciat.

HALLER.

Président : M. LANNELONGUE, professeur.

Juges { MM. POTAIN, professeur.
RENDU et TUFFIER, agrégés.

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1890

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen ..... M. BROUARDEL.

Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY. DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils	N...
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale	STRAUS.
Clinique médicale	SEE (G.). POTAIN. JACCOUD. PETER.
Clinique des maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	BALL.
Clinique des maladies nerveuses	CHARCOT
Clinique chirurgicale	VERNEUIL. LE FORT. DUPLAY. N..
Clinique ophtalmologique	PANAS.
Clinique des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	TARNIER. PINARD.

Professeurs honoraires : MM. GAVARRET, SAPPEY, HARDY, PAJOT et RICHET.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	REYNIER.
BAR.	GILBERT.	NÉLATON.	RIBEMONT-DESSAIGNES.
BLANCHARD.	GLEY.	NETTER.	RICARD.
BRISSAUD.	HANOT.	POIRIER, Chef des travaux anatomiques.	ROBIN (Albert).
BRUN.	HUTINEL.	POUCHET.	SCHWARTZ.
CAMPENON.	JALAGUIER.	QUENU.	SEGOND.
CHANTEMESSE.	KIRMISSON.	QUINQUAUD.	TUFFIER.
CHAUFFARD.	LETULLE.	RETTERER.	VILLEJEAN.
DEJERINE.	MARIE.		WEISS.

Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

LE DOCTEUR JOSEPH JOACHIM HERNANDEZ

Dont l'activité persévérante, le dévoûment, l'abnégation ont contribué à la fondation de l'École de médecine et à l'organisation du service des vaccinations au Vénézuéla.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON ÉPOUSE

LOUISE LAS CASAS DE RODRIGUEZ

Regrets éternels !

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

EMMANUEL VICENTE

Digitized by the Internet Archive
in 2019 with funding from
Wellcome Library

https://archive.org/details/b30585417

A LA MÉMOIRE

DE MON PREMIER MAITRE DANS LES HOPITAUX DE PARIS

LE PROFESSEUR LASÈGUE

Hommage de vénération.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR LANNELONGUE

Membre de l'Académie de médecine
Chirurgien de l'hôpital Trousseau
Officier de la Légion d'honneur, etc., etc.

A M. LE PROFESSEUR DIEULAFOY

Médecin de l'hôpital Necker
Chevalier de la Légion d'honneur, etc.

A M. LE DOCTEUR F. RAYMOND

Professeur-agrégé à la Faculté de médecine
Médecin de l'hôpital Lariboisière
Chevalier de la Légion d'honneur

Je les prie de vouloir bien agréer l'expression de ma respectueuse et sincère reconnaissance, pour les principes vrais et utiles que j'ai puisés à leurs savantes leçons, soit à la Faculté, soit dans les hôpitaux, et pour les bontés dont ils m'ont honoré.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

SARCOME DE LA PAROTIDE

(SARCOME PUR)

AVANT-PROPOS

Qu'on nous permette avant d'entrer dans notre sujet, de rappeler quelques souvenirs qui montrent ce que nous devons au beau pays de France.

Originaire des États-Unis de Vénézuéla, nous ne pouvons penser sans un sentiment de suprême reconnaissance, qu'à côté de Bolivar, le libérateur de notre pays, dans la guerre de l'indépendance contre l'Espagne, se trouvait un illustre savant français, Boussingault, qui pendant dix ans fut l'ami de Bolivar et lui prodigua ses conseils.

Après avoir acquis dans notre pays le titre de Docteur en médecine, nous sommes venu une première fois en France. C'était au commencement de 1870. Quelques

mois plus tard nous étions enfermé dans Paris, où nous sommes resté pendant les deux sièges. Nous avons été, pendant cette douloureuse période, attaché à l'ambulance du théâtre Italien.

La croix de bronze, de la Société française de secours aux blessés et malades de terre et de mer, a été la récompense des efforts que nous avions faits pour soulager les blessés confiés à nos soins.

Nous n'avons pas voulu quitter la France après ses désastres. Nous y étions venu pour perfectionner notre instruction médicale. La guerre finie, nous nous sommes mis au travail.

Nous avons reçu de tous le meilleur accueil et c'est pour nous un devoir de rappeler ici, le nom de deux hommes éminents, trop tôt enlevés à la science et qui ont été pour nous, plus que des maîtres. Le professeur Lasègue, médecin de l'hôpital de la Pitié; M. Voillemier, chirurgien de l'Hôtel-Dieu. Tous deux nous ont beaucoup appris.

Le premier avait bien voulu nous encourager dans notre projet d'acquérir le titre envié de docteur en médecine de la Faculté de Paris. Mais nous avions compté sans les circonstances de la vie. Il nous fallut regagner notre pays en 1874. Nos espérances étaient déçues pour le moment, mais notre résolution était prise, nous reviendrions plus tard afin de les réaliser.

C'est en 1887 que nous arrivions à Paris pour la seconde fois. Nous avons été tout d'abord frappé des progrès accomplis dans l'organisation de la Faculté et des hôpitaux.

Comme la première fois, nous avons reçu le même bon accueil et nous avons constaté que la devise *Liberté, Égalité, Fraternité,* inscrite partout était vraie, du moins, au point de vue médical. Liberté pour l'étudiant d'entrer partout où il croit pouvoir s'instruire. Égalité pour l'étudiant devant les Maîtres qui s'inquiètent peu de savoir s'il est Français ou étranger, et qui n'ont qu'une pensée, celle de lui être utile. Fraternité enfin pour l'étudiant étranger qui reçoit de ses camarades français le meilleur accueil.

Comme à notre premier séjour en France, nous avons rencontré des maîtres éminents qui ont bien voulu diriger nos études. Nous ne saurions trop remercier M. le professeur Dieulafoy, médecin de l'hôpital Necker; M. le Dr Raymond, agrégé, médecin de l'hôpital Lariboisière, de leurs savantes leçons. Nous les prions d'agréer l'expression de notre sincère reconnaissance pour tout ce qu'ils nous ont appris.

Nous avons suivi pendant l'hiver dernier le cours de pathologie externe de M. le professeur Lannelongue, à la Faculté ; nous n'oublierons jamais ses savantes leçons, non plus que la bienveillance dont il a fait preuve à notre égard en plusieurs circonstances.

M. le professeur Lannelongue nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre modeste travail inaugural, nous le prions de croire à notre vive gratitude.

Nous ne voulons point terminer ce chapitre sans exprimer toute notre reconnaissance à M. le Dr Beurnier, chef de clinique de la Faculté, pour le fait très intéressant

qu'il a bien voulu nous communiquer ; à M. le Dr Demoulin, prosecteur des hôpitaux, pour ses bonnes leçons d'anatomie et de médecine opératoire. Tous deux nous ont donné des preuves d'une amitié sincère ; nous ne l'oublierons pas.

INTRODUCTION. — DIVISION DU SUJET

Nous avons été frappé pendant la durée de notre exercice à Caracas et dans les États-Unis de Vénézuéla, de la fréquence des tumeurs de la parotide.

Nous avions tout d'abord l'intention de faire une étude d'ensemble sur les néoplasmes de cette glande salivaire, mais nous nous sommes vite aperçu que c'était là une tâche au-dessus de nos forces. Nous avons dû dès lors restreindre notre sujet ; et notre attention s'est plus particulièrement portée sur les sarcomes qui nous ont paru être les tumeurs les plus fréquemment observées dans notre pays.

Les sarcomes de la parotide sont le plus souvent des sarcomes mixtes (myxo-sarcomes, fibro-sarcomes, chondro-sarcomes), c'est là un fait reconnu depuis longtemps et sur lequel M. Lannelongue insistait encore, dans son cours à la Faculté pendant le semestre d'hiver de l'année scolaire 1889-1890.

Les observations publiées sont innombrables.

Un grand nombre de chirurgiens proclame même, que le sarcome pur n'existe pas. Cependant, dans ces dernières années, on est un peu revenu de cette opinion. Kaufmann dans son mémoire de 1881, affirme que si le sarcome pur a été rejeté du cadre des néoplasmes de la parotide, cela tient à ce que beaucoup de sarcomes ont

été pris pour des carcinomes. Buss (de Munich, 1885) est du même avis.

Nous trouvons dans le travail de Pérochaud (Th. Paris, 1885) deux cas bien nets de sarcomes purs, nous en rapportons nous-même deux observations inédites. On trouvera enfin dans notre thèse, douze examens histologiques précis.

Le sarcome pur existe donc bien dans la glande parotide.

Notre thèse aurait pu se borner à la constatation de ce fait. Mais nous avons tenu à étudier les sarcomes purs, à tous les points de vue.

Nous ne sommes pas arrivé à des résultats satisfaisants au point de vue du diagnostic. Mais nous tirons de la lecture de nos observations quelques conclusions importantes au point de vue du traitement, et en particulier au point de vue de l'extirpation complète de la parotide; qui, disons-le tout de suite, nous paraît praticable dans tous les cas de sarcomes purs.

On verra à l'anatomie pathologique, ce que nous entendons par sarcomes purs de la parotide.

Notre travail comprendra les chapitres suivants :

A. — Aperçu anatomique sur la région parotidienne.
B. — Étiologie.
C. — Anatomie pathologique.
D. — Symptomatologie.
E. — Marche, durée, terminaisons, pronostic.
F. — Diagnostic.
G. — Traitement.
H. — Conclusions.

APERÇU ANATOMIQUE DE LA RÉGION PAROTIDIENNE (1)

Nous n'avons pas l'intention de faire une étude anatomique complète de la région parotidienne et de la glande elle-même. Les ouvrages modernes d'anatomie topographique de Richet, de Tillaux, en renferment d'excellentes descriptions.

Après avoir rappelé succinctement les limites de la loge parotidienne, la disposition de l'aponévrose parotidienne, nous rapporterons les résultats de quelques recherches personnelles, que nous avons faites à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, dans le pavillon du Dr Demoulin.

Elles ont porté sur les parotides accessoires, sur le prolongement pharyngien de la glande parotide, sur les rapports des nerfs et des vaisseaux qui traversent la glande avec le tissu glandulaire lui-même.

Nous empruntons au beau livre de M. Tillaux les détails suivants :

« La région parotidienne tire son nom de la glande parotide qui en occupe la plus grande partie. Réduite dans l'attitude normale, à une simple fente allongée dans le sens vertical, située entre le bord postérieur de la mâchoire

(1) Voir à la fin de la thèse la reproduction d'une photographie de la région parotidienne.

inférieure et le bord antérieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien, elle se traduit à l'extérieur, sous la forme d'une gouttière, placée au-dessous du pavillon de l'oreille. Celui-ci recouvre même environ la moitié supérieure de la région, en sorte qu'il convient de le détacher pour en voir l'ensemble.

La région parotidienne s'agrandit notablement, si l'on porte la tête dans l'extension ; elle s'élargit également un peu dans les mouvements de propulsion de la mâchoire. Ses limites extérieures très faciles à déterminer sont les suivantes : en haut le conduit auditif externe et l'articulation temporo-maxillaire.

En avant, le bord postérieur du maxillaire inférieur. En arrière, le bord antérieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien et l'apophyse mastoïde.

En bas, une bandelette fibreuse étendue horizontalement de l'angle de la mâchoire, au bord antérieur du sterno-mastoïdien.

Cette bandelette fibreuse sépare en bas la région parotidienne de la région sus-hyoïdienne et en particulier de la glande sous-maxillaire; elle présente une résistance suffisante pour que les lésions pathologiques, de l'une et de l'autre région, soient généralement indépendantes.

Les diverses parties que nous venons d'énumérer, circonscrivent un espace, dont la forme est celle d'un quadrilatère allongé dans le sens vertical et dont la largeur varie, suivant que la mâchoire s'écarte ou se rapproche du muscle sterno-mastoïdien.

Mais ce n'est là que la délimitation extérieure de la

région, ce n'est que l'orifice d'une cavité dans laquelle s'engage la glande et qu'on appelle excavation ou loge parotidienne.

On ne saurait se faire une idée exacte de la forme de cette loge que sur une coupe horizontale. L'excavation parotidienne rappelle la forme d'un vase à bords légèrement renversés en dehors, présentant une ouverture, un fond et deux bords.

L'ouverture délimitée dans le paragraphe précédent répond à la peau ; le fond à l'apophyse styloïde et au pharynx dont il est séparé par des vaisseaux et des nerfs. Quant aux bords, ils sont l'un antérieur, et l'autre postérieur.

Le bord antérieur est composé de dehors en dedans indépendamment des téguments, par les bords postérieurs du muscle masséter (si la coupe était faite à la partie supérieure de la région, le masséter ne s'y rencontrerait plus, à cause de l'obliquité de sa direction) et de la branche montante de la mâchoire inférieure, du muscle ptérygoïdien interne.

Le bord postérieur est limité par le muscle sterno-cléido-mastoïdien et plus en dedans par le ventre postérieur du digastrique ».

Mais la loge parotidienne présente encore deux parois l'une supérieure, l'autre inférieure. C'est ce dont on se rend compte sur une coupe verticale et transversale de la région.

On voit que la paroi inférieure est constituée par un feuillet aponévrotique, à direction horizontale de dehors en dedans ; feuillet qui semble n'être qu'une prolongation

en dedans de la bandelette fibreuse, qui réunit le bord antérieur du sterno-mastoïdien à l'angle de la mâchoire et que M. Richet appelle *aponévrose d'insertion faciale* du sterno-mastoïdien.

Ce feuillet fibreux formant la paroi inférieure de la loge, sépare la glande sous-maxillaire de l'extrémité inférieure de la glande parotide.

La paroi supérieure de la loge est formée en haut, par la paroi inférieure du conduit auditif externe dans sa partie cartilagineuse seulement.

M. Tillaux conclut plus loin :

« En résumé les rapports de la loge parotidienne peuvent être énumérés ainsi : limitée au dehors par la peau et l'aponévrose, elle est en rapport en avant avec les bords postérieurs du masséter, de la branche montante de la mâchoire inférieure et du ptérygoïdien interne, au-dessous duquel la glande parotide envoie un prolongement ; en arrière avec les bords antérieurs du sterno-cléido-mastoïdien et du ventre postérieur du digastrique ; en bas avec la région sous-hyoïdienne qu'elle limite latéralement ; en haut avec la paroi inférieure du conduit auditif externe dans sa portion cartilagineuse seulement ; enfin en dedans avec l'apophyse styloïde, les muscles qui en naissent et la paroi latérale du pharynx.

Elle est séparée de cette dernière par un paquet vasculo-nerveux de la plus grande importance qui comprend : la veine jugulaire interne, la carotide interne, les nerfs pneumogastrique, spinal, glosso-pharyngien, grand hypoglosse et le grand sympathique. »

M. Richet ne donne pas la même description des parois de la loge parotidienne. Voici ce qu'il dit :

« Lorsque la glande a été enlevée avec tous ses prolongements, on a sous les yeux une large cavité, dont l'ouverture est ovalaire, qui va se rétrécissant obliquement en avant et en dedans du côté du pharynx et s'enfonce derrière la branche du maxillaire inférieur en arrière du muscle ptérygoïdien interne.

La paroi postérieure est inclinée et présente dans toute son étendue, une couche musculaire formée de dehors en dedans et des parties superficielles aux parties profondes : par le sterno-mastoïdien, le ventre postérieur du digastrique soulevé par l'apophyse transverse de l'axis, le stylo-hyoïdien, le stylo-pharyngien et le stylo-glosse. Tous ces muscles sont enveloppés par une aponévrose blanchâtre et résistante qui les relie entre eux, et de laquelle se détache inférieurement une lame qui se recourbe en avant pour se fixer à l'angle du maxillaire. C'est ce dernier plan fibreux qui s'interpose entre les glandes parotide et sous-maxillaire, ferme en bas le creux parotidien et le sépare de la région sous-hyoïdienne. Il ne paraît être qu'une dépendance au moins dans sa partie la plus superficielle, de l'aponévrose cervicale antérieure, qui du muscle sterno-mastoïdien se porte sur le maxillaire et la face antérieure du masséter, tandis que profondément, il est représenté par le ligament stylo-maxillaire et les attaches fibreuses très résistantes du muscle stylo-glosse à la face interne de l'angle de la mâchoire.

La paroi antérieure du creux parotidien, inclinée en

avant, s'enfonce sous la branche de la mâchoire et se trouve limitée par le bord postérieur du muscle ptérygoïdien interne.

La paroi supérieure est constituée par les portions cartilagineuse et osseuse du conduit auditif externe et par l'articulation temporo-maxillaire.

Le sommet formé par la réunion des parois antérieure et postérieure est oblique en avant et situé au-dessous et et en avant de l'apophyse styloïde. Cette dernière proémine quelquefois assez fortement pour que la partie la plus reculée de l'excavation parotidienne ne puisse être explorée qu'à la condition d'attirer en avant la mâchoire inférieure afin de dégager et d'éclairer cette arrière-cavité. L'œil et le doigt peuvent alors distinguer les parois du pharynx recouvertes d'un tissu cellulaire graisseux assez abondant interposé entre elles et le ptérygoïdien interne... Telle est la loge parotidienne. »

On voit que ces deux descriptions diffèrent en somme assez peu l'une de l'autre. Tandis que M. Tillaux considère comme fond de la loge l'apophyse styloïde et les muscles qui en naissent, M. Richet place le sommet de cette loge en avant de l'apophyse styloïde et fait rentrer dans sa paroi postérieure, l'apophyse styloïde et les muscles qui s'y insèrent.

De plus, M. Richet admet que la glande parotide est en rapport en haut avec la portion osseuse du conduit auditif externe, fait nié par M. Tillaux. La figure reproduite dans l'ouvrage de ce dernier démontre bien que c'est la partie cartilagineuse seule de ce conduit, qui est en rapport avec la glande parotide, et cela directement, sans

interposition de l'aponévrose parotidienne qu'il nous faut maintenant décrire.

Les parois de la loge parotidienne sont recouvertes par une aponévrose qui n'entoure pas complètement la glande parotide.

Si on considère le trajet de cette aponévrose sur une coupe transversale portant sur la partie moyenne de la région, on peut la comprendre de la façon suivante :

L'aponévrose cervicale superficielle, arrivée au bord postérieur du muscle sterno-mastoïdien, entoure ce muscle, formant deux feuillets, l'un profond, l'autre superficiel, qui passant sur les faces correspondantes du muscle, viennent après l'avoir entouré se réunir sur son bord antérieur. Là l'aponévrose cervicale superficielle réduite à un seul plan, se dédouble à nouveau.

Le feuillet superficiel passe sur la face externe de la parotide, se jette sur la région massétérine, maintenant, sous lui et appliqué sur le muscle masséter, le prolongement de la glande parotide, qui, situé en dehors de l'excavation parotidienne porte le nom de parotide accessoire, surtout dans la momenclature française. Quant au feuillet profond, il tapisse le bord postérieur de la loge, arrive à l'apophyse styloïde à laquelle il s'insère et se confond là, avec l'aponévrose qui recouvre les muscles styliens. On pourrait dire aussi comme le fait M. Tillaux qu'il fournit des gaines aux muscles du bouquet de Riolan. Ce même feuillet profond tapisse enfin le bord antérieur de la loge et vient se réunir au feuillet superficiel, un peu en dehors du bord postérieur du muscle

masséter. Les deux feuillets profond et superficiel réunis constituent l'aponévrose massétérine.

Sur une coupe verticale et transversale, on peut voir que l'aponévrose n'entoure pas complètement la glande. Si en bas elle forme un plan résistant qui sépare la glande parotide de la glande sous-maxillaire, plan qui ne semble être qu'un prolongement en dedans de l'aponévrose d'insertion faciale et qui se continue en haut avec le ligament stylo-maxillaire (Sappey); on peut constater qu'en haut, l'aponévrose n'existe pas. Le tissu glandulaire se trouve directement en rapport avec la portion cartilagineuse du conduit auditif externe.

En avant de l'apophyse styloïde on voit un trou aponévrotique, qui donne passage au prolongement pharyngien de la glande, quand il existe. Un point sur lequel nous désirons insister est le suivant. C'est qu'en haut l'aponévrose cervicale superficielle dont le feuillet superficiel de l'aponévrose parotidienne n'est qu'une dépendance, s'insère au tubercule de l'apophyse zygomatique et plus bas sur la portion cartilagineuse du conduit auditif et sur l'apophyse mastoïde. Ces insertions sont très fortes, et c'est ce qui nous explique que les tumeurs de la parotide ne dépassent pas en général par leur extrémité supérieure, une ligne qui passerait par le bord inférieur de l'arcade zygomatique.

De la glande parotide elle-même, nous n'avons que peu de choses à dire. Rappelons seulement qu'elle se moule exactement sur la loge parotidienne dont elle prend la forme.

Son poids moyen est d'après Sappey de 25 à 28 gr.

La glande parotide déborde souvent par en bas l'angle de la mâchoire de 1 à 2 centimètres, c'est un fait que démontrent les dissections et surtout la ligature de la carotide externe. On entame presque toujours la parotide en menant l'incision comme on doit le faire jusqu'en arrière de l'angle de la mâchoire.

On décrit à la glande parotide plusieurs prolongements. L'un situé complètement en dehors de la loge sur le masséter, mais recouvert par l'aponévrose parotidienne, c'est la parotide accessoire.

Le prolongement pharyngien qui sort par le trou situé en avant de l'apophyse styloïde et qui se trouve en rapport avec le muscle ptérygoïdien interne.

D'autres auteurs ont encore décrit un prolongement postérieur entre les muscles digastrique et sterno-mastoïdien, d'autres enfin entre la branche montante du maxillaire inférieur et la face externe du ptérygoïdien interne. Ce dernier prolongement n'existe pas d'après M. Tillaux qui fait remarquer qu'il faudrait pour qu'il existât que le muscle fût détaché de l'os.

Nous avons fait avec le plus grand soin *dix* préparations de la loge parotidienne et de la glande qu'elle contient.

Jamais nous n'avons vu de prolongement postérieur entre le ventre postérieur du digastrique et le sterno-mastoïdien. Nous n'avons pas rencontré de prolongement antérieur entre la branche de la mâchoire et le ptérygoïdien interne. Quant au prolongement pharyngien, nous l'avons trouvé huit fois sur dix. Il manquait donc deux fois, ce qui peut avoir de l'importance dans le

cas d'extirpation complète de la parotide. Richet signale du reste l'absence de ce prolongement. Il ajoute qu'il est parfois très développé, c'est un fait que nous n'avons jamais constaté. Mais un fait important nous a frappé, dans l'étude de la glande parotide elle-même.

Outre la parotide accessoire constante, nous avons vu deux fois un lobule accessoire situé en avant du bord antérieur du masséter. Dans la figure que nous reproduisons on peut voir ce lobule qui avait sur le cadavre le volume d'un gros pois. Il est pourvu d'un canal excréteur distinct, qui vient se jeter presque perpendiculairement dans le canal de Sténon et reçoit une artère spéciale, née de l'artère transversale de la face. Ce prolongement est du reste connu, M. Sappey le signale, voici comment il s'exprime :

« Quelquefois on observe sur le conduit de Sténon, au niveau ou au-devant du bord antérieur du masséter, un lobe isolé ou bien un lobule, tantôt unique et tantôt double, qui semble former une glande à part et qui a reçu le nom de parotide accessoire. Mais cette dénomination ne saurait lui convenir, car le conduit excréteur qui en part, ne va jamais s'ouvrir isolément dans la bouche; il se jette dans le canal de Sténon, en sorte qu'on peut l'injecter en même temps que ses divers affluents... »

L'existence de ce lobule erratique a du reste été signalée par d'autres auteurs.

On lit en effet dans Hyrtl :

« Il y a souvent au-devant de la glande parotide et sur le canal de Sténon encore une petite glande dont le canal s'ouvre dans le conduit même de Sténon. »

Heitzmann écrit : « Souvent il y a sur le conduit de Sténon une petite parotide accessoire isolée » (Die descriptive und topographish anatomie des Menchen).

Outre ce lobule isolé de la parotide, on voit, échelonnés sur le trajet du canal de Sténon, du bord antérieur du masséter au point de pénétration du canal excréteur de la glande parotide dans la bouche, et situés sur la face externe du muscle buccinateur, de petits lobules glandulaires surtout abondants, au voisinage de l'embouchure du canal de Sténon. On croirait au premier abord, qu'il s'agit là d'autres petites glandes appartenant comme le lobule erratique, signalé plus haut, au système de la parotide et de son conduit excréteur. Il n'en est rien, ce sont là des glandes parfaitement étudiées par Sappey, signalées par Hyrtl et qui ont toutes un canal excréteur qui va s'ouvrir sur la muqueuse buccale.

Il n'en est pas moins vrai, qu'il y a de la loge parotidienne à la face externe du buccinateur, tout un groupe glandulaire qu'on passe volontiers sous silence. Son existence constante nous ayant frappé dans nos dissections, nous avons tenu à appeler sur lui l'attention.

Nous en avons fini avec la glande parotide de l'histologie de laquelle nous ne nous occuperons pas.

Il nous reste à rappeler ses rapports intrinsèques, à rappeler en d'autres termes, les organes, vaisseaux et nerfs, qui traversent le tissu glandulaire.

Les artères contenues sont, outre les artères nourricières qui viennent de celles qui traversent la glande :

1° La carotide externe qui, d'après Tillaux, n'affecte avec la parotide dans son 1/3 inférieur, que des rapports

de contiguïté tandis qu'elle traverse de dedans en dehors et de bas en haut les 2/3 supérieurs du tissu glandulaire.

Les deux branches terminales de la carotide externe ; la temporale superficielle et la maxillaire interne, naissent dans l'épaisseur même de la glande.

Il faut encore signaler l'artère auriculaire postérieure qui naît toujours aussi dans l'épaisseur de la parotide ; quelquefois, mais non toujours, l'occipitale se comporte de la même façon. N'oublions pas non plus quelques branches dites transverses de la face (Richet).

Les veines contenues sont la jugulaire externe, située en dehors de la carotide externe. M. Tillaux dit à son sujet :

« Il n'est pas rare d'observer la bifurcation de la veine dans l'épaisseur de la glande ; l'une des branches descend à la partie inférieure de la loge, en sort pour devenir superficielle, et se place à la face externe du muscle sterno-mastoïdien ; c'est la jugulaire externe ; l'autre accompagne la carotide externe et va se jeter dans la jugulaire interne, vers l'angle de la mâchoire et constitue une branche anastomotique importante. »

On rencontre dans la loge parotidienne deux nerfs ; l'auriculo-temporal branche du nerf maxillaire inférieur (3e branche de la 5e paire) et le facial.

Rappelons que le nerf de la 7e paire passe en dehors de la carotide et de la veine jugulaire externe, qu'il est par conséquent plus superficiel que ces vaisseaux et que se dirigeant d'arrière en avant et un peu obliquement de haut en bas, il les croise presque perpendiculairement. Rappelons aussi

sa division dans la glande parotide même en deux branches l'une ascendante ou temporo-faciale, l'autre descendante ou cervico-faciale.

Une question importante au point de vue de l'extirpation de la parotide est la suivante. Quels sont les rapports du tissu glandulaire avec les vaisseaux et les nerfs ? peuvent-ils être séparés par la dissection ?

Richet dit en parlant des artères et des veines contenues dans le tissu parotidien : « Artères et veines sont tellement confondues avec le tissu propre de la glande et y adhèrent si intimement, qu'il est difficile de songer à enlever la parotide sans les intéresser toutes ».

Tillaux écrit : « Ce qu'il est en définitive important de retenir c'est que l'artère carotide externe et ses branches sont situées dans l'épaisseur de la glande parotide, qu'elles y adhèrent intimement, en sorte que leur dissection très difficile déjà sur le cadavre me paraît à peu près impossible sur le vivant ».

Quant au nerf facial, nous lisons dans le même auteur : « Contrairement à ce qui a lieu pour l'artère carotide externe et ses branches, le nerf facial n'adhère pas aux granulations de la glande, en sorte que la dissection est en somme assez facile sur le cadavre ; mais je répète que sur le vivant, si on peut à la rigueur extirper, en y mettant du soin, un adénome, un chondrome, sans couper le nerf facial, l'extirpation de la parotide dégénérée en entraîne nécessairement la section ».

Nous avons vérifié ces dispositions dans nos dissections et nous avons toujours été frappé de la difficulté de sé-

parer les vaisseaux sanguins du tissu glandulaire. Quant au nerf facial, bien qu'il soit toujours possible de le disséquer, il nous a paru parfois très adhérent au tissu parotidien.

Les ganglions de la parotide sont superficiels et profonds.

Les superficiels qui reposent sur la face externe de la parotide, sont toutefois sous-aponévrotiques.

Les autres profonds sont disséminés dans la glande.

Il y a bien d'autres ganglions situés plus profondément encore, autour de la carotide et de la veine jugulaire internes, mais ils sont en dehors de la loge parotidienne, ils font partie de la chaîne carotidienne. Nous n'avons plus qu'à dire les couches qui recouvrent la face externe de la parotide. Ce sont : la peau, une couche cellulo-graisseuse sous-cutanée, le feuillet superficiel de l'aponévrose parotidienne.

C'est la présence même de cette aponévrose qui rend compte de l'intégrité de la peau longtemps observée dans les tumeurs parotidiennes, autres que le carcinome.

ÉTIOLOGIE

Les sarcomes purs de la région parotidienne sont loin d'être fréquents, dans l'immense majorité des cas, il s'agit de sarcomes mixtes. Il est bien difficile de dire, même en traitant du sarcome parotidien en général, quelle est la fréquence de cette néoplasie comparativement aux autres productions morbides qu'on peut rencontrer dans cette glande salivaire.

Kaufmann dans son mémoire de 1881 dit que c'est seulement dans ces dernières années, qu'on a commencé à prêter l'attention aux cas de sarcomes purs de la glande parotide, parce qu'auparavant on avait pris beaucoup de sarcomes pour des carcinomes.

Le Dr Buss de Munich (*Aerztliches Intelligenz Blatt*, 1885) dit que sur quatorze tumeurs de la parotide on trouve dix sarcomes, tandis que Weber donne 7 sarcomes seulement sur quatre-vingt-seize tumeurs parotidiennes.

Enfin John A. Wyeth (*Text. book on Surgery*, N.-Y., 1887) dit : Environ 30 pour 0/0 de tous les néoplasmes de la parotide sont des enchondromes, 25 0/0 des carcinomes, tandis que les 45 0/0 qui restent se partagent également entre le sarcome, le fibrome, le myxome et les kystes ». On voit qu'en résumé Wyeth admet que les

sarcomes entrent pour 11 0/0 dans les tumeurs de la parotide. Les différentes statistiques sont donc loin de concorder.

Age. — Voici ce que nous trouvons dans les auteurs, à propos de l'âge auquel se développent les tumeurs de la parotide.

Duplay (*Traité de path. externe,* t. V) dit : le sarcome de la parotide se montre en général chez les individus jeunes et devient assez rare après 40 ans.

Nous trouvons dans le manuel de pathologie externe des quatre agrégés ceci : « Le sarcome de la parotide se montre le plus souvent chez les sujets jeunes ou chez les adultes ». Wyeth écrit : « Les tumeurs de la parotide sont rares avant 30 ans, on les rencontre surtout entre 30 et 50 ans ».

L'enchondrome, le myxome, le *sarcome* et le fibrome se développent dans les premières décades de la vie. Le sarcome peut se développer dans l'enfance ou au début de l'âge adulte.

On trouve ceci dans Kœnig (*Traité de path. chir. spéciale*, t. I, p. 563, traduction française) : « J'ai pour ma part l'impression que dans la majorité des cas, le sarcome de la parotide apparaît entre 18 et 20 ans. Kaufmann se basant sur des chiffres peu élevés a trouvé que la plus grande fréquence est de 20 à 30 ans (plus d'un tiers de tous les cas), puis viendrait la période de 10 à 20 ans avec un cinquième des cas. La tumeur en question peut du reste se montrer à tous les âges, il n'est même pas rare de l'observer dans la première année de l'existence ».

Voici les chiffres que nous obtenons en dépouillant nos observations.

Sarcome pur, 21 cas.

Sur 16 cas où l'âge est indiqué on trouve :

De 10 à 20 ans : 6 cas.
De 20 à 30 ans : 5 cas.
De 30 à 40 ans : 3 cas.
De 40 à 50 ans : 2 cas.
De 50 à 60 ans : 1 cas.

Les 5 cas de sarcomes mélaniques que nous rapportons donnent :

20 ans : 1 cas.
44 et 45 ans : 2 cas.
60 ans : 2 cas.

Nous trouvons enfin un cas de cysto-sarcome à 76 ans.

En somme la fréquence du sarcome pur est plus grande de 10 à 30 ans.

Sexe. — On lit dans plusieurs ouvrages que le sarcome serait plus fréquent dans le sexe féminin. Cette assertion ne coïncide pas avec nos recherches. Dans 19 cas de sarcome pur où le sexe est indiqué nous trouvons :

8 femmes.
11 hommes.

Nos cinq cas de sarcome mélanique appartiennent tous à des hommes.

Le cas de cysto-sarcome a été observé chez une femme. Sans tenir compte de la nature même du sarcome nous trouvons en définitive 16 hommes et 9 femmes.

Côté. — Dans 17 cas seulement sur vingt-sept que nous

rapportons dans notre travail, le côté où siège le mal est indiqué, nous voyons que la tumeur existe :

A gauche, 12 fois.

A droite, 4 fois.

Des deux côtés, 1 fois.

L'*hérédité* ne nous semble jouer aucun rôle dans l'histoire des tumeurs parotidiennes.

Dans l'observation du Dr Eve (obs. XII de notre thèse) on voit que la mère de la jeune malade atteinte de sarcome parotidien « présente une apparence des plus singulières, elle est depuis sa naissance couverte de petites tumeurs dont quelques unes atteignent le volume de grosses verrues, dont d'autres pédiculées ont la forme et le volume du doigt ». Il nous semble qu'il s'agit là de molluscum de la peau. C'est le seul cas d'hérédité néoplasique que nous ayons rencontré.

Dans aucune de nos observations nous n'avons noté de traumatisme ou d'inflammation antérieure, capable d'expliquer l'apparition, ou tout au moins, le développement plus rapide de la tumeur. C'est cependant une cause qui a été signalée plusieurs fois. Qui ne se rappelle l'observation de Bauchet où une tumeur sarcomateuse de la région parotidienne paraît avoir succédé à une piqûre de sangsue.

Nous rapportons une observation (obs. VI) où se manifeste bien évidemment, l'influence de la *grossesse* sur le développement rapide du sarcome parotidien. Il y a longtemps, du reste, qu'on a signalé l'influence de l'activité des organes génitaux (menstruation, grossesse), sur le développement des tumeurs en général.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous n'entreprendrons pas la description histologique du sarcome pur de la parotide, il ne présente ici rien de particulier; on trouvera du reste à la fin d'un grand nombre de nos observations, le résultat de l'examen microscopique.

Nous empruntons à l'excellent article de Chrétien (*Dict. encyclop. des sc. méd.*, art Parotide) les détails suivants :

« Le sarcome de la parotide est fort peu commun à l'état de simplicité ; il a été décrit sous trois formes : *sarcome fasciculé, sarcome encéphaloïde, sarcome mélanique.* Le premier, étudié par Billroth, Desprès, Robin, est peu lobulé, forme une tumeur généralement circonscrite, de consistance ferme, ne donnant pas de suc au raclage. Les éléments constitutifs se montrent au microscope ceux du sarcome fasciculé.

Le sarcome mélanique a été vu dans la parotide par Lannelongue, Desprès, Dolbeau. A l'inverse du sarcome fasciculé, il évolue assez rapidement, se ramollit par places, contracte des adhérences avec la peau et s'ulcère ; donne lieu à du retentissement ganglionnaire. Au microscope on trouve la matière mélanique assez abondante pour masquer par places les éléments fusiformes ; mais

dans les points où son accumulation est moins considérable, on peut voir qu'elle siège réellemeut dans le protoplasma des cellules fusiformes.

« Quant au sarcome encéphaloïde pur, dit aussi tumeur embryoplastique, je n'ai pas pu en rencontrer une senle observation bien authentique. Je ne cite donc cette forme de sarcome pur et sans mélange d'autres tissus morbides que parce qu'elle est citée dans certains ouvrages comme appartenant à la parotide, mais je renonce à la décrire faute de matériaux, tout en reconnaissant que la plus grande analogie doit probablement exister entre les tumeurs encéphaloïdes qui pourraient se développer sur cette glande et celles qu'on observe sur d'autres organes.

La plupart des sarcomes présentent un caractère commun qu'il importe de ne pas passer sous silence. En même temps que le tissu conjonctif interacineux donne naissance à des éléments nouveaux et d'un caractère se rapprochant plus ou moins de la forme embryonnaire, l'épithélium des culs-de-sac glandulaires voisins ne reste pas inactif. Il prolifère aussi de son côté, d'où bientôt la formation de bourgeons épithéliaux venant compliquer l'aspect de la tumeur et s'étendre plus ou moins dans sa trame. »

Nous avons tenu à rapporter ce passage. Il a l'avantage de donner une classification simple des sarcomes purs de la parotide. Comme l'auteur que nous venons de citer, nous faisons rentrer résolument dans le sarcome pur, le sarcome mélanique. Les caractères de la néoplasie sont absolument les mêmes que dans le sarcome ordinaire, l'infiltration de pigment noirâtre dans les cellu-

les, ne suffit pas à créer une variété spéciale de tumeur, puisque nous le répétons les éléments histologiques sont les mêmes.

M. Chrétien dit qu'il n'a point rencontré un seul exemple de sarcome encéphaloïde, nous sommes en mesure de combler cette lacune.

Sur les 21 cas de sarcomes purs, ici rapportés, nous avons 12 examens histologiques précis.

Or sur ces 12 cas nous trouvons :

Sarcome encéphaloïde (globo-cellulaire) : 5 cas.
Sarcome à cellules fusiformes (fasciculé) : 4 cas.
(Tumeur fibro-plastique de Lebert).
Sarcome pur sans autre désignation : 2 cas.
Sarcome à la fois globo-cellulaire et à cellules fusiformes : 1 cas.

Quant aux 5 cas de sarcome mélanique consignés dans notre thèse, l'examen histologique fait pour quatre d'entre eux, montre *que la matière mélanique était toujours associée à du sarcome fasciculé.*

Nous rapportons un cas de cysto-sarcome de la parotide (obs. XXII). Mais que faut-il entendre par cysto-sarcome de la parotide?

M. Chrétien dit dans son article déjà cité : « Mais, ce genre de tumeur (sarcome fasciculé) peut par la compression de petits conduits excréteurs provoquer la formation d'un nombre variable de petits kystes dans son épaisseur et produire ainsi la variété connue sous le nom de cysto-sarcome. On voit alors que la consistance de la tumeur, sa surface de section, présentent des modifications en rapport avec l'apparition de kystes multiples

dans la trame ; l'aspect général est plus lobulé, la consistance moindre, la surface de section plus rosée, plus humide, mais unie, etc... »

M. Duplay (*Traité de path. ext.*, t. V, p. 106) comprend de la même façon le cysto-sarcome.

« Si l'on fait l'examen histologique de ces tumeurs, on reconnaît que le tissu fondamental est formé de cellules embryonnaires ou fusiformes séparées par quelques fibrilles conjonctives de manière à rappeler plus ou moins l'aspect du sarcome fasciculé. Les acini dilatés ont une paroi anhyste, tapissée de cellules polygonales ou arrondies; quelquefois il en existe deux ou trois rangées concentriques ; un certain nombre semblent libres dans la cavité. Souvent ces cellules épithéliales sont le siège d'une prolifération active et donnent lieu à une production de noyaux libres ou de petites cellules arrondies, analogues à celles du pus, comme s'il y avait un véritable catarrhe de la glande.

Les kystes les plus volumineux sont tapissés d'épithélium *pavimenteux*. En certains points les canaux excréteurs dilatés et irréguliers sont comprimés ou oblitérés par des végétations *papillaires* ou *dendritiques* qui font saillie dans leur cavité (O. Weber). »

Nous avons tenu à rapporter ces passages parce qu'il y a là une description aussi nette que possible de ce qu'on doit entendre par cysto-sarcome de la parotide. Trop souvent on dit cysto-sarcome ; pour désigner dans les tumeurs de nature sarcomateuse, la formation des cavités remplies de liquide, mais non recouvertes d'épithélium, cavités qui sont dues soit à la dégénéres-

cence d'une partie du néoplasme, soit à une hémorrhagie qui s'est faite dans son intérieur.

Les sarcomes de la parotide sont presque toujours des tumeurs encapsulées, se laissant facilement énucléer.

Dans nos observations personnelles, nous avons toujours trouvé des tumeurs circonscrites qu'on pouvait facilement détacher du tissu parotidien. Dans nombre d'autres que nous rapportons l'énucléation a été possible, sans blessure des vaisseaux ou du nerf facial. Mais il est des cas où la dissection a été beaucoup plus pénible, il a fallu enlever toute la parotide, aller jusqu'au voisinage des gros vaisseaux.

Les sarcomes mélaniques peuvent être encapsulés, mais même dans ces cas, la coque qui les entoure contracte avec le tissu parotidien des adhérences intimes. Dans notre observation personnelle la dissection de la capsule fut assez laborieuse. Mais il est plus fréquent de voir le néoplasme envahir toute la glande parotide. Il ne saurait être alors question d'encapsulement. Les faits que nous pouvons citer à l'appui de cette opinion sont: celui de Broca rapporté par Rémy (obs. XXIV de notre thèse), où le tissu avait envahi non seulement toute la glande, mais encore les muscles et les os voisins; celui de Thiriar où l'extirpation complète de la parotide fut nécessaire.

Un fait très important dans l'histoire des sarcomes de la parotide, c'est le refoulement de la glande, par le néoplasme développé à ses dépens, dans le fond de la loge. En analysant les observations au point de vue de l'énucléation de la tumeur, on se rend bien compte des rap-

ports qu'elle affecte avec les vaisseaux et les nerfs de la région parotidienne. Il est un critérium qui indique l'envahissement de la glande dans toute son étendue, ou du moins dans sa profondeur, c'est la paralysie faciale.

Or dans nos 21 observations de sarcome pur, il y en a 13 où les détails sont donnés à ce sujet; dans aucune d'elles il n'y a eu de paralysie faciale. Dans l'une cependant (obs. VII) le nerf facial était entouré par le néoplasme, mais sa dissection fut possible, ce qui, soit dit en passant, révèle une grande habileté chez l'opérateur, le Dr Beck de Fribourg.

Nous voyons au contraire que pour les sarcomes mélaniques sur cinq cas, il y avait deux fois paralysie faciale. Dans deux cas les détails manquent à ce sujet. Mais dans l'un d'eux, celui qui nous est personnel, le facial a été sectionné pendant l'opération. Cette section opératoire prouve en tout cas, les connexions intimes du tronc nerveux avec le néoplasme. Or le facial sans être atteint, avant l'opération, l'a été plusieurs fois dans les extirpations de sarcomes purs, il est vrai qu'il s'agit surtout de sarcomes ayant envahi toute la glande.

Cependant dans notre observation I, le facial a été sectionné, malgré l'énucléation relativement facile de la tumeur.

Dans l'observation IX, où il s'agit de l'extirpation complète des deux parotides, il a été sûrement coupé d'un côté, il a dû ne l'être qu'incomplètement de l'autre, puisque la paralysie faciale d'abord complète, a disparu par la suite.

Dans l'observation XVII, il y a eu section de la branche supérieure de la 7e paire.

Dans l'observation XXII qui a trait à un cysto-sarcome pur, il y a eu également section du facial, mais il s'agit encore d'une extirpation complète.

Nous avons signalé déjà à propos du sarcome mélanique la section du facial dans notre observation personnelle bien qu'il s'agisse d'une extirpation incomplète. Dans l'observation de Thiriar (obs. XXVI de la thèse), il y eut section du nerf, mais il s'agit d'une extirpation complète.

Un fait qui nous a beaucoup frappé, c'est que l'artère carotide externe, a presque toujours échappé au couteau du chirurgien. Nous ne parlons pas bien entendu des cas peu nombreux, du reste, où la ligature préalable avait été faite.

Nous trouvons dans deux observations les muscles envahis. Dans l'une (observation XXI, sarcome globo-cellulaire et fusiforme) le masséter est envahi, dans l'autre (obs. XXVI sarcome mélanique) il fallut enlever le masséter, le ventre postérieur du digastrique, une partie du sterno-mastoïdien, le ptérygoïdien externe qui faisaient corps avec la tumeur.

Dans aucun cas il n'y avait d'adhérence de la tumeur avec le paquet carotidien.

Une fois (sarcome mélanique, observation XXIV) il y avait propagation au crâne par le trou stylo-mastoïdien et le trou déchiré postérieur.

Dans deux cas il y avait généralisation. L'un de Luther Holden (obs. XVII de la thèse) ou il s'agit d'un

sarcome pur, et dans lequel la généralisation s'était faite sur plusieurs segments des membres, aux testicules et aussi dans les ganglions axillaires et lombaires. L'autre de Broca, publié par Remy (obs. XXIV). C'est un sarcome mélanique, il y a généralisation dans les poumons, les plèvres, le foie. Aucun ganglion voisin ni éloigné n'était pris. Un fait à signaler c'est que ni les tumeurs du poumon et des plèvres ni celles du foie ne présentaient de pigment mélanique,

Une importante question, reste à résoudre. Que deviennent les ganglions voisins dans le sarcome pur de la parotide?

Il faut distinguer entre le sarcome proprement dit et le sarcome mélanique.

Dans le sarcome sans pigment, les ganglions sont presque toujours indemnes. Toutefois dans un cas (obs. VII) il y avait deux ganglions sarcomateux dont l'un siégeait sous l'angle du maxillaire inférieur, l'autre près de l'oreille.

Dans le sarcome mélanique, sur cinq cas, nous trouvons une fois (obs. XXIII) un ganglion carotidien, une fois un ganglion cervical (obs. XXVII). Dans l'observation de Broca-Remy, il est expressément noté, nous l'avons vu, que tous les ganglions sont sains. Dans l'obs. XXVI (Thiriar) on ne parle pas des ganglions pas plus que dans celle de Lannelongue (obs. XXV).

En tous cas, nous croyons pouvoir conclure que les ganglions sont beaucoup plus fréquemment pris dans le sarcome mélanique que dans le sarcome sans pigment. Ce fait du reste n'est pas spécial à la région parotidienne.

SYMPTOMES

Les symptômes du sarcome parotidien doivent être distingués en symptômes physiques et symptômes fonctionnels.

Duplay dit : « Suivant que l'affection a son point de départ dans les grains glanduleux superficiels, ou dans le centre même de la glande, on observe une petite tumeur mobile sous la peau et sur les parties profondes, ou bien une tuméfaction mal circonscrite, profonde, peu mobile ».

« A cette période, les douleurs sont nulles et le malade n'est frappé que de la légère difformité. La tumeur grossit très lentement, elle met des semaines, des mois et même des années à acquérir le volume d'une noix ou d'un œuf de pigeon. Chez les femmes, au moment de la menstruation et surtout pendant la grossesse, elle est soumise à des poussées qui la font légèrement augmenter de volume. »

Nous rapportons ce passage parce que toutes nos observations le confirment pleinement.

Le *volume* de la tumeur peut acquérir des proportions considérables. Si nous examinons les faits que nous avons recueillis, nous voyons que dans un cas (obs. XVII) le néoplasme a, quand le malade vient consulter le chirurgien, le volume d'un marron, c'est là une exception,

dans la plupart des cas, les malades réclament l'intervention quand la tumeur a acquis les dimensions du poing (obs. VI, VII, XI, XIV), d'un œuf de poule (obs. XIII, XIX), ou même des dimensions plus considérables encore, celle d'une tête de fœtus à terme, (obs. III), d'une noix de coco (obs. XXI). En résumé, les sarcomes de la parotide sont des tumeurs qui atteignent de grosses proportions.

Quant à la *forme* elle est le plus souvent ovalaire, à grand axe vertical, parfois arrondie; elle défie quelquefois toute description, quand elle a acquis un volume énorme.

La *peau* dans les sarcomes purs est le plus souvent normale, mobile sur la tumeur, d'autres fois distendue (obs. III, VII) sans perdre sa mobilité. Parfois elle présente encore sans adhérer, une vascularisation insolite, surtout veineuse (obs. I, XII). Ce n'est qu'à une période avancée de la maladie qu'elle devient adhérente à la tumeur (obs. I, XI), qu'elle s'ulcère (obs. VI, XV).

Dans les sarcomes mélaniques la peau est souvent adhérente (obs. XXIII, XXIV), on y trouve quelquefois des taches noirâtres (obs. XXIV, XXVII), qui peuvent faire soupçonner la nature du néoplasme.

Les sarcomes purs de la parotide se présentent souvent avec des bosselures, d'autres fois, ils sont lisses à leur surface, comme dans les observations V, XVII. La consistance est très variable; elle est tantôt dure partout (obs. II, III, VII, XIII, XVII), d'autres fois inégale; dure en un point; on sent de la fluctuation dans un autre. On peut même à côté de points assez durs, assez limités,

reconnaître la présence de kystes volumineux; c'est le propre du cysto-sarcome (obs. XXII).

La mobilité de la tumeur, sur les parties profondes, est un caractère très important des sarcomes purs de la parotide.

Dans l'immense majorité des cas, même si la tumeur a envahi toute la glande, elle conserve un certain degré de mobilité, quelquefois cependant elle est immobile (obs. XVII, obs. VI).

On comprend facilement qu'une tumeur d'un petit volume, soit fixée, si elle est enclavée dans la loge parotidienne. Dans le cas de tumeurs très volumineuses, il y a toujours de la mobilité, la partie qui fait hernie en dehors de la loge de la glande peut toujours être soulevée en différents sens.

La mobilité parfaite est surtout un caractère du début. Il semble qu'on ait sous le doigt explorateur, quand la tumeur est encore petite, un ganglion qui fuit sous la main, mais ce caractère appartient aussi bien aux adénomes, aux fibromes qu'aux sarcomes qui commencent à se développer.

Dans le sarcome mélanique, nous voyons que la tumeur peut être mobile sur les parties profondes (obs. XXIII), peu mobile (obs. XXV), complètement immobile (obs. XXVI). La mobilité de la tumeur diffère selon l'attitude que l'on donne à la tête. Si on fait contracter le sterno-mastoïdien du côté de la tumeur, on peut constater qu'une tumeur très mobile le devient à un degré moindre lors de cette contraction. « Ce fait s'explique facilement, si on songe que l'aponévrose qui ferme en dehors

la loge parotidienne se continue avec la gaine fibreuse qui enveloppe le muscle et que cette gaine adhère elle-même aux fibres musculaires. Ces deux plans fibreux sont ainsi solidaires et se tendent à mesure que le muscle se contracte, puisque la tumeur est moins mobile à ce moment, c'est qu'elle est bridée par l'aponévrose » (*Gaz. hôp.*, 22 oct. 1885, Tillaux).

Il est rare que les muscles voisins soient déplacés par les tumeurs parotidiennes, ils peuvent dans quelques cas encore plus rares, il est vrai, être envahis par le néoplasme, comme nous l'avons déjà vu à propos de l'anatomie pathologique.

Nous n'avons pas trouvé dans une seule de nos observations de symptômes de compression des gros vaisseaux du paquet vasculo-nerveux du cou.

Un fait à signaler et qui est un bon signe distinctif entre le cancer et le sarcome est le suivant : le pavillon de l'oreille est envahi, surtout dans le squirrhe ; au contraire, dans le sarcome la peau du lobule peut être distendue par la tumeur, d'où une certaine fixité de ce lobule, mais il n'y a pas envahissement proprement dit.

Les signes fonctionnels sont presque tous négatifs.

Les douleurs sont rares dans le sarcome de la parotide. Il n'y en a pas dans nos observations (I, II, III, IV, XIII, XVII) ; quelquefois les malades accusent une tension gênante au niveau de la tumeur (obs. III) ; d'autres fois cependant ils souffrent. Le malade de l'observation VI accuse des douleurs assez vives. Mais il est à remarquer que ces douleurs ne se manifestent souvent qu'à une période assez avancée de la maladie. On peut cependant en obser-

vér dès le début (obs. XV), encore est-il qu'il s'agit ici d'un homme jeune (24 ans), atteint d'un sarcome à marche très rapide, puisqu'au bout de quatre mois il y avait ulcération de la peau Nous voyons aussi dans l'observation XV, où il s'agit d'un sarcome mélanique, le malade tourmenté par des douleurs atroces qui décident le chirurgien à intervenir.

La *paralysie faciale*, si fréquente dans les tumeurs malignes ne s'observe presque jamais dans le sarcome pur, sans pigment. Nous n'en trouvons qu'un seul cas (obs. XV) ; dans le sarcome mélanique au contraire, elle est beaucoup plus fréquente, puisque sur cinq faits, nous la trouvons deux fois expressément notée.

Nous n'avons jamais dans notre pratique rencontré de *troubles salivaires*, aucun des faits que nous rapportons n'en fait mention.

Nous trouvons dans quelques cas *des troubles de la mastication et de la déglutition*. Dans l'obs. III et l'obs. IV il est dit que la mastication et la déglutition sont difficiles.

Les *troubles de l'audition* sont également rares dans le sarcome pur de la parotide. Ils peuvent du reste se présenter dans des conditions bien différentes.

Parfois le volume de la tumeur est tel qu'il y a refoulement, oblitération par le produit néoplasique du conduit auditif externe. D'où surdité plus ou moins accentuée.

Dans d'autres circonstances (obs. XXVI, sarcome mélanique) le rocher était envahi, l'aqueduc de Fallope avait servi de voie d'envahissement au néoplasme, la

surdité s'explique donc facilement par la compression ou la destruction du nerf de la 8e paire.

D'autres fois enfin il y a des bourdonnements, des sifflements d'oreilles, sans qu'il soit possible de donner une interprétation satisfaisante de ces symptômes gênants.

A une période avancée de l'évolution des sarcomes purs de la parotide, il peut y avoir ulcération de la peau.

Celle-ci, dit Duplay : « s'ulcère par un mécanisne spécial et diffère complètement comme aspect des ulcérations du cancer.

La peau distendue et comprimée par la tumeur se mortifie dans une étendue très variable parce que sa circulation se trouve suspendue. Les bords de l'ulcération sont alors à larges festons et n'adhèrent pas à la tumeur, au fond de la plaie on observe des lobules rosés, qui ne saignent pas facilement comme la granulation du cancer et ne sécrète pas un ichor fétide. »

Si ce mécanisme est le vrai dans la plupart des cas de sarcome parotidien, il n'en est pas toujours ainsi. Nous avons déjà montré qu'il y avait quelquefois adhérence de la peau au néoplasme. Dans ce cas la peau fait partie intégrante de la tumeur. Les bords de l'ulcération au lieu d'être décollés bourgeonnent comme le reste de la tumeur avec laquelle ils font corps.

Dans les sarcomes purs, comme nous l'avons déjà dit, à propos de l'anatomie pathologique, il est excessivement rare que les *ganglions* soient envahis. Toutefois, dans un cas qui fait le sujet de l'observation VII, deux ganglions sont sarcomateux, et nous savons aussi que dans le sar-

come mélanique, deux fois sur cinq, les ganglions étaient dégénérés. Il est bien entendu qu'on retrouve dans les ganglions les mêmes éléments que ceux qui caractérisent le néoplasme parotidien.

L'*état général* reste bon dans le sarcome de la parotide. Ce n'est que dans le cas de généralisation qu'il s'altère, encore faut-il ajouter de généralisation viscérale. Nous rapportons à ce sujet un fait des plus probants (obs. XVII, Luther Holden). Le malade présente sur plusieurs segments des membres, des sarcomes qui acquièrent pour quelques-uns au moins un gros volume, l'état général reste bon, ce n'est que quand les ganglions pelviens sont envahis, ce qui se traduit par une constipation opiniâtre, que le malade meurt au milieu des plus grandes souffrances.

Il ne faudrait pas croire toutefois que les malades ont un aspect florissant quand ils viennent consulter le chirurgien. Thiriar note expressément dans son observation (XXVI de la thèse), l'aspect cachectique du malade atteint de sarcome mélanique et qui venait réclamer ses soins.

MARCHE. — DURÉE. — TERMINAISONS. — PRONOSTIC

La marche des sarcomes purs de la parotide est en général lente.

Dans 19 cas nous trouvons indiqué le laps de temps qui s'est écoulé, depuis le début de l'affection, jusqu'au moment de l'intervention chirurgicale.

1 fois	le début	remonte à	14 ans	(obs. XVIII, sarcome pur).
1	—	—	13 —	(obs. I, sarcome pur).
1	—	—	10 —	(obs. XXI, cysto-sarcome).
1	—	—	9 —	(obs. XXIII, sarcome mélanique).
1	—	—	8 —	(obs. III, sarcome pur).
1	—	—	6 —	(obs. XX, sarcome pur).
3	—	—	5 —	(obs. II, V, XIV, sarcome pur).
1	—	—	4 —	(obs. XII, sarcome pur).
2	—	—	2 —	(obs. IV, XIII, sarcome pur).
1	—	—	14 m.	(obs. XXIII, sarcome pur).
2	—	—	1 an	(obs. X, XVII, sarcome pur).
1	—	—	8 m.	(obs. XI, sarcome pur).
1	—	—	4 —	(obs. XV, sarcome pur).
2 fois	nous trouvons	cette simple mention : marche.		
Total. 19 fois,	très rapide	(obs. VI, VII, sarcome pur).		

Il n'est guère possible de tirer des conclusions de ces chiffres, mais il est à remarquer que dans 12 cas l'évolution de la tumeur jusqu'à l'intervention a varié de 14 ans

à deux ans, c'est là une très longue période qui marque bien l'évolution lente des sarcomes purs de la parotide.

L'évolution rapide se fait ici, comme dans les autres régions du corps, surtout chez des individus jeunes, mais cette règle n'est pas absolue, puisque nous voyons une évolution rapide en huit mois chez un homme de 40 ans (obs. XI sarcome pur), une autre en quatorze mois chez un homme de soixante ans (obs. XIII), mais ils s'agit d'un sarcome mélanique.

La marche de l'affection peut du reste être influencée par diverses causes.

La menstruation dans l'observation II amène à chaque fois qu'elle se produit, une légère augmentation du volue de la tumeur. Dans l'obs. VI on voit chez une malade, l'influence manifeste de la grossesse sur l'évolution rapide du néoplasme. Cette malade, enceinte de sept mois, se présente à l'hôpital avec une tumeur parotidienne d'un petit volume ; deux mois et demi après, elle revient avec une tumeur ulcérée, bourgeonnante, ayant le volume du poing.

Que deviennent les individus atteints de sarcome pur de la parotide? Il est bien difficile de le dire d'une façon exacte, parce que la plupart des observations son incomplètes et ne permettent pas de savoir ce que sont devenus les malades.

En tout cas, ils peuvent être rangés dans les trois catégories suivantes :

A. Ou bien le malade guérit complètement ;

B. Ou bien le sarcome se généralise ;

C. Ou bien il y a récidive du néoplasme.

A. *Guérison complète.* — Nous n'avons pas un seul fait probant. Les malades qui ont été suivis longtemps sont précisément ceux qui nous présentent des récidives.

Mais il faut distinguer entre la guérison vraie et la *cure opératoire*, comme le dit si bien le professeur Verneuil. Eh bien, la cure opératoire a toujours été obtenue, nous n'avons pas un seul fait de mort à enregistrer après l'intervention chirurgicale, bien que plusieurs de nos observations soient antérieures à l'avènement de la méthode antiseptique.

B. *Généralisation.* — Les cas de généralisation qui amènent fatalement la mort sont rares, nous n'en trouvons que deux sur un total de 27 faits.

C. *Récidives.* — Les récidives sont certainement très fréquentes, beaucoup plus que ne semblent le faire croire nos observations. Il y a malheureusement trop de malades qui n'ont pas été suivis.

Mais il est un fait que nous tenons à mettre en lumière; c'est qu'on rend dans bien des cas service au malade en tentant l'opération, et cela rend moins sombre le *pronostic* en somme, très grave, du sarcome pur de la parotide.

A part un cas de récidive immédiate, que nous constatons obs. XXV (sarcome mélanique), nous pouvons rapporter certains faits qui prouvent jusqu'à l'évidence ce que nous avançons.

Dans l'observation VIII la récidive n'a lieu que cinq ans après l'opération.

Dans l'observation IX le malade au bout de deux ans, n'offre pas trace de repullulation.

Dans l'observation XI le malade reste guéri pendant dix-huit mois.

Dans l'observation IV le bénéfice opératoire se maintient pendant un an.

Ces quatre faits méritent d'être pris en sérieuse considération et quand le diagnostic précis, autant qu'il peut l'être cliniquement, de sarcome de la parotide a été fait, le chirurgien ne doit pas rester les bras croisés, il est de son devoir de proposer l'intervention au malade.

Trop souvent l'acte opératoire est, de par la négligence même de celui qui est atteint, entrepris trop tard. Nous avons cherché à établir que le sarcome pur se comporte au début, comme une tumeur bénigne et nous croyons que si l'intervention avait lieu à ce moment, les résultats seraient meilleurs et qu'au lieu d'avoir simplement des *cures opératoires* à enregistrer, on pourrait observer des *guérisons complètes*.

DIAGNOSTIC

Ce chapitre sera court, il pourrait à la rigueur être supprimé dans notre thèse, car il n'est pas possible de faire cliniquement le diagnostic du sarcome pur.

Qu'on nous permette cependant de présenter quelques considérations sur le diagnostic du sarcome de la parotide en général.

Au point de vue clinique, les sarcomes en général et ceux de la parotide en particulier, présentent deux périodes bien distinctes dans leur évolution.

Dans une première période, le sarcome procède à la façon des tumeurs bénignes. Intégrité de la peau, mobilité sur les parties profondes, souvent possibilité de circonscrire le néoplasme, pas de douleurs, pas de paralysie faciale, pas de symptômes de compression vasculaire.

De plus, caractère très important, évolution lente. A ce moment, le diagnostic clinique entre les diverses variétés de tumeurs bénignes est impossible, avons-nous affaire à une hypertrophie simple, à un adénome, à un fibrome, à une inflammation chronique, à une dégénérescence d'un ganglion parotidien, qui pourrait le dire ? Les signes de ces tumeurs sont absolument identiques et, en effet, au début, le sarcome n'est encore qu'une tumeur bénigne sans tendance à l'envahissement et à l'ex-

tension rapide. C'est pourquoi on en a fait une classe à part en lui donnant le nom de tumeur à pronostic variable.

Nous venons de dire qu'il est impossible de préciser dans ce premier ordre d'idées, la nature de la tumeur à laquelle on a affaire. Nous devons cependant faire une exception pour l'enchondrome, qui peut quelquefois être diagnostiqué par ses irrégularités, ses bosselures, sa dureté en certains points, et si il est d'un certain volume et superficiel, sa transparence qui est pathognomonique.

Dans une seconde période la tumeur présente au contraire certains caractères des tumeurs malignes ; la marche devient rapide, la peau peut devenir adhérente et même s'ulcérer, non par envahissement comme dans le cancer, mais par gangrène, résultant de la distension. Mais à cette époque deux caractères permettent toujours de distinguer le néoplasme du carcinome, la tumeur sarcomateuse conserve un certain degré de mobilité, et il n'y a aucun signe de paralysie faciale. Le diagnostic avec le cancer peut donc être fait. On peut affirmer à ce moment la nature de la tumeur ; elle est restée pendant longtemps à l'état de petit néoplasme se développant très lentement sans douleurs, sans paralysie faciale, sans adhérences; tout à coup au bout de quelques mois, d'un an, cinq ans, dix ans même, elle prend un accroissement rapide, triple de volume en quelques mois, la peau se distend, tend à s'ulcérer, mais toujours sans que la paralysie faciale arrive, sans que la mobilité ait complètement disparu, le système ganglionnaire est indemne, *c'est certainement un sarcome.*

Ajoutons que l'*âge* du sujet fournit un renseignement précieux, le sarcome s'observant d'ordinaire dans la jeunesse ou dans la première partie de l'âge adulte, le cancer se développant à un âge plus avancé.

Quant à dire, si dans la première partie de son évolution, la tumeur alors qu'elle était encore petite, avec les caractères décrits plus haut, était primitivement un sarcome ou si elle était une autre tumeur qui s'est transformée plus tard, c'est-à-dire entre les éléments de laquelle s'est développé du tissu sarcomateux, il est permis d'affirmer que c'est une impossibilité absolue pour le clinicien. Tout ce qu'on peut dire, c'est qu'on peut soupçonner quelquefois que certains noyaux de la tumeur sont cartilagineux, que d'autres plus ou moins étendus sont constitués par le tissu myxomateux ou sarcomateux et encore est-ce là une opinion bien hasardée.

Mais ce que l'on sait, ce que les histologistes nous ont appris, c'est que le sarcome pur est une rareté et que dans presque toutes les tumeurs diagnostiquées (et avec raison) sarcomes, par les cliniciens, l'examen microscopique a révélé la présence d'autres tissus. Virchow n'a-t-il pas décrit le chondro-myxo-sarcome de la parotide.

C'est là la vérité au point de vue micrographique, au point de vue clinique, nous disons sarcome en nous basant sur ce fait de l'évolution lente d'abord, rapide à une certaine période. C'est là que doit se borner le clinicien, il ne peut au delà de cette opinion que faire des hypothèses.

Nous croyons ainsi avoir suffisamment précisé le diagnostic possible au lit du malade et nous nous hâtons de dire que ce diagnostic est absolument suffisant pour poser

le pronostic et les indications thérapeutiques dont il nous reste maintenant à parler.

Quand un sarcome de la parotide a acquis un certain volume dans la seconde période de son évolution, époque à laquelle il prend les caractères d'une tumeur maligne, c'est surtout avec le cancer encéphaloïde qu'on pourrait le confondre.

Nous empruntons à la thèse du Dr Michaux, les signes de l'encéphaloïde que nous mettons sur une colonne (nous modifions un peu son tableau) ; en regard nous mettons ceux du sarcome, on verra mieux ainsi les caractères distinctifs qui permettent de faire le diagnostic différentiel.

ENCÉPHALOIDE	SARCOME
Paralysie faciale survenant de bonne heure.	La paralysie faciale n'existe que très rarement.
Douleurs vives, irradiées, parfois atroces.	Le plus souvent indolence absolue.
Troubles de l'ouïe.	Se voient quelquefois par refoulement du conduit auditif.
Age du sujet : âge adulte.	Jeunesse : 1re période de l'âge adulte.
Évolution en 18 mois à 2 ans au plus.	Évolution très lente, 5 ans, 12 ans même.
Hémorrhagies parfois très graves.	Pas d'hémorrhagies.
Cachexie rapide.	Pas de cachexie.
Tumeur volumineuse surtout à la fin, adhérente à la peau, ayant envahi et dédoublé le lobule de l'oreille, s'étendant	Tumeur souvent très volumineuse, rarement adhérente à la peau, soulevant le lobule de l'oreille sans le dédoubler,

aux régions voisines, distendant la peau et parfois l'ulcérant.	gagnant rarement les régions voisines, ulcération rare de la peau.
Consistance molle surtout à la fin.	Consistance variable, souvent inégale.
Invasion rapide des ganglions.	Pas d'envahissement ganglionnaire, c'est excessivement rare.
Ulcération fongueuse à bords renversés, à fond bourgeonnant sécrétant un pus fétide.	Ulcération très rare, peau décollée du néoplasme.
Mort par cachexie ou hémorrhagie.	Pas de cachexie, quelquefois mort par généralisation, extrêmement rare.

Tout ce que nous avons dit jusqu'ici s'applique au sarcome sans pigment.

On peut quelquefois soupçonner le sarcome mélanique par une tache noirâtre de la peau (obs. XXIV, Broca-Remy), mais bien souvent la nature mélanique du néoplasme n'est reconnue que pendant le cours de l'opération.

La paralysie faciale s'observe fréquemment.

Les ganglions sont envahis.

Il y a donc là des caractères qui rapprochent beaucoup le sarcome mélanique du cancer parotidien.

TRAITEMENT

Il n'y a qu'un traitement pour le sarcome pur de la parotide, c'est l'extirpation ; et nous adoptons pleinement les propositions suivantes de Duplay, formulées à propos des tumeurs parotidiennes en général, car elles sont de tous points applicables au sarcome pur de la parotide.

« Lorsque la tumeur est superficielle, peu volumineuse, circonscrite et mobile, l'extirpation est parfaitement indiquée et ne présente aucune difficulté...

« Lorsque la tumeur a acquis le volume du poing, si elle n'est pas enclavée dans la loge parotidienne, si elle jouit de quelque mobilité sur les parties profondes, et surtout, si elle est bien circonscrite, comme dans certaines variétés de sarcome glandulaire ou d'enchondrome, le chirurgien ne doit pas hésiter à en pratiquer l'extirpation. L'opération, il est vrai, présentera des difficultés, mais la masse morbide est alors entourée d'une enveloppe fibreuse qui en rend la dissection plus facile : de plus l'enchondrome et le sarcome glandulaire lorsqu'ils se développent au centre de la parotide, tendent à venir faire saillie à l'extérieur, tandis qu'ils compriment dans le fond du creux parotidien et atrophient les parties profondes de la glande. Nous avons vu plus haut que ces sortes de tumeurs repoussaient le tronc de la carotide

externe et le nerf facial et ne leur adhéraient pas, ce qui diminue les dangers de l'opération. Dans quelques cas cependant, le nerf facial côtoie tellement près la face profonde de la tumeur, qu'il faut prendre de grandes précautions pour éviter sa lésion. »

Qu'on lise nos observations et on y verra tous ces faits confirmés.

Mais une autre question se pose. Quand toute la glande est envahie, quand le toucher pharyngien permet de constater la présence de la tumeur sur la face externe du pharynx, faut-il intervenir ? Oui, si l'extirpation totale de la parotide est possible.

La question revient en somme à ceci : Peut-on extirper complètement la parotide ?

Si nous voulions entrer dans tous les développements que renferme cette question, il faudrait écrire un volume. Nous ferons du reste remarquer que les discussions, qui ont eu lieu à ce propos, se rapportent surtout au cancer de la parotide.

Bérard, dans le *Dict. en* 30 *volumes* (1841) avait rassemblé 52 observations d'opérations faites sur les tumeurs parotidiennes. Il les divisait en cinq catégories et écrivait « (4e catégorie) : la glande a probablement été enlevée en totalité... (5e catégorie) : la glande a certainement été enlevée en entier, faits de MM. Randolph, Smith, Lisfranc, Gensoul, Béclard, de Braamberg » et on lit plus loin dans ce même article... « car le chirurgien ne pouvant souvent décider au juste et à l'avance, jusqu'où s'étend le mal et jusqu'où doit porter son instrument ; il peut se trouver obligé à pénétrer très profondément et

jusqu'aux limites de la glande, et alors une semblable opération n'est indiquée que *grâce à la possibilité reconnue d'une ablation complète et entière de la parotide.*

Lorsqu'on se décide à enlever une tumeur profonde de la région parotidienne, il faut agir comme si on devait enlever la glande en totalité ; si le besoin ne s'en fait pas sentir pendant l'opération, celle-ci devient moins grave, mais au moins on débarrasse le malade de tumeurs, qui dans la conduite des adversaires de l'opération seraient abandonnées à leurs funestes progrès. »

Dans la séance de l'Académie de médecine du 26 octobre 1858, Malgaigne fit un rapport des plus remarquables sur une observation d'un de nos compatriotes le Dr Michelena, notre vénéré maître en médecine opératoire, observation intitulée : « Extirpation complète de la parotide pratiquée par le Dr G. Michelena le 10 avril dernier ».

Malgaigne conclut à la possibilité de l'extirpation complète de la glande parotide. Nous verrons tout à l'heure ce qu'il ajoute.

M. Richet dans son traité d'anatomie médico-chirurgicale, après avoir très brillamment résumé le rapport de Malgaigne, pense aussi que l'extirpation complète de la parotide est possible, mais dans d'autres tumeurs que le cancer. M. Tillaux (*Traité d'anat. topog.*) écrit : « On a beaucoup discuté pour savoir si l'on pouvait enlever la glande parotide sur le vivant, *oui sans doute, on le peut*, mais à condition d'enlever en même temps presque tous les organes qui la traversent... »

Les faits d'extirpation totale de la glande parotide, abondent pour les tumeurs autres que le cancer.

M. Polaillon en rapportait encore un dernièrement, à l'Académie de médecine. On en trouvera du reste plusieurs dans notre thèse.

Donc l'extirpation complète de la parotide est possible et en particulier, dans les sarcomes, d'autant que nous avons déjà signalé ce fait, que jamais les sarcomes purs de la parotide, même ceux que l'on peut sentir par le pharynx, n'adhèrent au paquet vasculo-nerveux du cou.

Mais autre chose est de savoir si on peut extirper la parotide complètement sans blesser les vaisseaux et les nerfs qui la traversent : en particulier, les deux plus importants : la carotide externe et le nerf facial.

Malgaigne dans son rapport déjà cité, écrit :

« Des dissections et des opérations sur le cadavre, des opérations pratiquées sur le vivant, *ne laissent aucun doute sur la possibilité d'enlever la parotide, dans des cas exceptionnels, sans léser l'artère carotide externe et le tronc du nerf facial.* Nous ne connaissons aucun exemple de lésion de la jugulaire interne dans cette opération.... »

Remarquons bien les expresssions de Malgaigne ; il dit *dans des cas exceptionnels*, et il fait allusion aux anomalies de rapports de la carotide externe et du nerf facial avec la parotide, anomalies étudiées, décrites par Triquet.

Mais quand les rapports dont nous parlons sont normaux, c'est-à-dire, quand la carotide externe et le facial traversent la glande, est-il possible de l'extirper totalement sans les blesser ?

Écoutons Richet : « Si je m'en rapportais exclusive-

ment à mes dissections, je n'hésiterais pas à répondre négativement, et ici je pourrais encore m'appuyer sur l'autorité imposante de Sappey et de l'immense majorité des anatomistes. En effet, ainsi que je l'ai dit précédemment, j'ai toujours trouvé l'artère carotide externe et le nerf facial disposés de telle sorte qu'il eût été impossible de ne pas les couper, en extirpant la glande tout entière. Cependant je comprends qu'il soit à la rigueur possible de séparer, de disséquer la carotide externe, alors qu'elle se trouve rejetée sur les limites antérieures de la parotide et cachée par le bord du maxillaire, ainsi que disent l'avoir vue, A. Bérard, Nœgelé et Triquet; mais ce que j'ai plus de peine à m'expliquer, c'est que le nerf facial puisse échapper à l'instrument. Néanmoins je m'incline devant les faits de Nœgele et de M. Triquet, me bornant à faire observer qu'il y avait très certainement dans ces cas une anomalie fort rare et qu'on ne peut pas compter sur les anomalies ».

M. Tillaux écrit : « Il ne faut pas croire en particulier aux ablations de la parotide avec conservation du nerf facial. Lorsqu'à la suite d'une extirpation d'une tumeur parotidienne le nerf facial n'a pas été coupé, affirmez que la parotide n'a pas été enlevée. Ce qui a pu faire illusion à quelques chirurgiens et à A. Bérard entre autres, c'est que certaines tumeurs bénignes de la glande, telles que les adénomes, les enchondromes, certains lymphomes même, au lieu d'englober le tissu glandulaire ; de faire corps avec lui, comme cela a lieu dans le cancer, le refoulent, l'aplatissent vers le pharynx et repoussent en même temps le nerf facial ».

Enfin M. Chrétien (art. Parotide, *Dict. encyclopédique*) écrit : « Mais quand la parotide doit être enlevée en totalité la section du facial s'impose presque fatalement, à moins que par le plus grand hasard, sa disposition ne soit exceptionnelle ».

De tout ceci nous concluons :

1° Que l'extirpation complète de la parotide atteinte de sarcome pur est possible.

2° Qu'à moins d'anomalies dans les rapports de la parotide avec le nerf facial et la carotide externe, l'extirpation complète, amène fatalement la destruction du nerf et celle de la carotide externe.

La crainte de l'hémorrhagie pendant l'opération a amené quelques chirurgiens à lier préventivement soit la carotide primitive, soit la carotide externe. Faut-il le faire ? C'est là une question délicate à résoudre.

A propos de la carotide primitive rappelons avec Chrétien, que Norris, Velpeau, Sédillot, Le Fort la proscrivent, à cause de la fréquence et de la gravité des accidents cérébraux.

Le professeur Verneuil cherchant à réhabiliter la ligature préalable de la carotide primitive, cite 31 faits dont dix, où la ligature préalable a été faite, pour l'extirpation de tumeurs parotidiennes. Il y a eu 22 guérisons sans accidents cérébraux, neuf cas de mort dont 5 sont dus à la ligature. C'en est assez pour faire rejeter cette opération plus grave que l'extirpation de la parotide elle-même.

De plus cette ligature n'empêche pas les hémorrhagies secondaires qui se produisent par anastomose avant la

chute du fil, si toutes les artères sectionnées n'ont pas été exactement liées dans la plaie.

Chrétien dit: « Verneuil du reste a posé les indications de la ligature préventive, de l'artère carotide primitive, d'une manière assez nette. Il la réserve aux cas exceptionnellement graves, dans lesquels on pourra craindre la blessure de la carotide interne ».

Mais c'est surtout dans le cancer qu'on peut craindre cette blessure, à cause de l'adhérence du néoplasme au paquet carotidien et nous savons que cette adhérence ne s'observe pas dans les sarcomes purs et c'est précisément une nouvelle raison, pour nous faire rejeter d'une manière absolue, la ligature préventive de l'artère carotide primitive.

Quant à la ligature de l'*artère carotide externe*, elle n'est pas dangereuse, puisque sur un total de 24 cas, M. Guyon ne trouve qu'une mort. Mais il nous semble qu'elle est de peu d'utilité comme ligature préventive, de plus, l'arsenal chirurgical, et les pinces hémostatiques en particulier, permettent de se rendre maître de l'hémorrhagie en cas de blessure de ce vaisseau. Du reste, si nous nous en rapportons à ce que nous avons vu, dans plusieurs opérations pratiquées sur la face et où la ligature préventive de la carotide externe avait été faite, cette ligature ne saurait mettre d'une façon absolue à l'abri des hémorrhagies secondaires. Les carotides externes ont entre elles de nombreux moyens de communication et il faut pour éviter toute hémorrhagie secondaire que les vaisseaux divisés aient tous été exactement liés dans la plaie.

Nous rejetons donc également la ligature préventive de l'artère carotide externe, dans l'ablation des sarcomes de la parotide.

Nous n'insisterons pas longuement sur le manuel opératoire. Il varie, du reste, selon les circonstances. Il n'est pas possible de poser de règles fixes à ce sujet.

Nous pensons avant tout, que le chirurgien, avec les procédés de pansement dont il dispose à l'heure actuelle, doit toujours chercher la réunion par première intention ; aussi sans rejeter d'une façon absolue l'extirpation avec le thermo-cautère, procédé qui nous paraît surtout applicable dans les cas de tumeurs très vasculaires, nous croyons que l'instrument de choix est le bistouri.

Dans un premier temps, on incisera la peau, on la sacrifiera dans toute la portion où elle est, soit adhérente à la tumeur, soit suspecte.

Dans un deuxième temps, on disséquera la peau pour mettre à nu la face superficielle de la tumeur.

Ensuite on disséquera ses bords, de façon à pénétrer petit à petit dans la profondeur. Si elle est encapsulée en l'attirant soit avec les doigts, un ténaculum, une pince à griffes, on pourra la plupart du temps l'énucléer facilement.

Dans un troisième temps, si la tumeur ne s'est pas énucléée facilement, il faut en poursuivre la dissection dans les parties profondes. Là à notre avis le chirurgien ne devra se servir du bistouri qu'avec la plus grande circonspection. Il devra l'abandonner dès qu'il pourra se servir soit d'une spatule, soit d'un instrument mousse quelconque et ce, d'autant qu'il se rapprochera davantage du paquet carotidien.

Les vaisseaux devront être liés au fur et à mesure de leur section, et il est bon, quand la tumeur ne tient plus que par sa partie moyenne, de l'attaquer de bas en haut; c'est ce que recommande A. Bérard : « en agissant ainsi, dit-il, on est sûr, si on lie les vaisseaux à mesure qu'ils sont divisés, de ne lier qu'une fois chacun d'eux; puisqu'on les ouvre dans la partie la plus inférieure; on prévient en outre par la ligature du tronc principal, les hémorrhagies successives qui résulteraient de chacune de ses branches et qu'il faudrait autrement arrêter en détail; et, enfin, on aperçoit mieux les parties sur lesquelles doit porter l'instrument, car le sang s'écoule naturellement vers l'angle inférieur de la plaie... »

La dissection étant poursuivie dans la profondeur; ou bien, la tumeur vient dans la main du chirurgien, où elle tient encore par un pédicule. Dans ce cas, il faut poursuivre ce pédicule aussi loin que possible et selon le volume qu'il présente, jeter sur lui une ou plusieurs ligatures.

Nous avons vu à plusieurs reprises M. Péan, laisser, lors d'extirpation parotidienne, les pinces à demeure. C'est là un procédé de pratique courante dans le service du chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, mais nous préférons, pour notre part, poser des fils autant que possible et ce n'est, que si nous ne pouvions placer un fil derrière la pince qui enserre un vaisseau, que nous adopterions ce procédé qui nous paraît être un procédé de nécessité, non de choix.

L'opération terminée, l'hémostase assurée, il nous paraît bon de faire la suture de la plaie et de mettre un

drain à sa partie la plus déclive. Le drain ne restera que 24 ou 48 heures en place.

Il est bien entendu que l'opération devra être conduite et terminée avec toute la rigueur de la méthode antiseptique.

CONCLUSIONS

I. — Dans l'immense majorité des cas, les sarcomes de la parotide sont des sarcomes mixtes.

II. — Le sarcome pur s'observe dans la parotide. Quoique rare, il est plus fréquent qu'on ne le pense généralement.

III. — Le sarcome pur de la parotide peut se développer à tous les âges.

D'après nos recherches, il se présente avec un maximum de fréquence de 10 à 20 ans, vient ensuite la période qui s'étend de 20 à 30 ans, puis celle qui va de 30 à 40 ans.

IV. — On observe dans la parotide le sarcome pur sous quatre formes :

a) *Sarcome globo-cellulaire.* Sarcome encéphaloïde, embryonnaire.

b) *Sarcome fuso-cellulaire.* Tumeur fibro-plastique de Lebert ; sarcome fasciculé, sarcome adulte.

c) *Sarcome mélanique.* Le pigment est toujours associé au sarcome fuso-cellulaire.

d) Le *cysto-sarcome*, dans lequel les kystes sont le résultat, non d'une dégénérescence d'une portion de la

tumeur ou d'une hémorrhagie qui s'est faite dans la masse néoplasique, mais bien de l'oblitération, de l'étouffement des canaux excréteurs de la glande, par le tissu morbide envahissant.

D'où dilatation de ces canaux et des lobules glandulaires, situés en arrière de l'obstacle, donnant lieu à la formation de kystes dont les parois sont recouvertes d'épithélium.

V. — Les sarcomes purs de la parotide sont le plus souvent des tumeurs encapsulées.

Le sarcome mélanique peut être aussi encapsulé, mais il envahit fréquemment toute la glande.

VI. — Dans la grande majorité des cas, le système ganglionnaire reste indemne.

Les ganglions sont fréquemment pris dans le sarcome mélanique.

VII. — Jamais les sarcomes purs de la parotide, quel que soit leur volume, n'adhèrent au paquet vasculo-nerveux du cou.

VIII. — Cliniquement, il est impossible de faire le diagnostic de sarcome pur de la parotide. On peut dire sarcome, d'après les symptômes observés, mais rien de plus.

IX. — Les sarcomes purs de la parotide sont des tumeurs à évolution très lente. Ils peuvent marcher rapidement ; cela est rare.

X. — La menstruation, surtout la grossesse, amènent un accroissement de leur volume.

XI. — Le sarcome pur de la parotide est une affection grave.

Il peut se généraliser, fait très rare.

Il récidive souvent sur place.

Toutefois, il peut rester longtemps sans se reproduire, ce qui rend le pronostic moins sombre.

XII. — Il n'y a qu'un traitement pour le sarcome pur de la parotide : l'extirpation.

L'extirpation est facile quand la tumeur est encapsulée.

Quand toute la glande est prise, il faut l'enlever, or : l'extirpation complète de la parotide est possible, dans les sarcomes, d'autant qu'il n'y a pas d'adhérences au paquet vasculo-nerveux du cou.

A moins d'anomalies dans les rapports de la parotide avec le nerf facial et la carotide externe, l'extirpation complète amène fatalement la destruction du nerf et celle de la carotide externe.

XIII. — Nous rejetons la ligature préventive de la carotide externe et surtout de la carotide primitive dans l'ablation des sarcomes de la parotide.

XIV. — L'extirpation des sarcomes de la parotide doit être faite avec l'instrument tranchant, auquel on devra substituer l'instrument mousse, en approchant du paquet vasculo-nerveux du cou.

OBSERVATIONS

Observation I (personnelle)

Voir à la fin de la thèse la photographie avant et après l'opération.

Sarcome de la parotide. — Ablation. — Guérison. Par Luis Rodriguez (Dr de l'Université de Vénézuéla).

Mme J. T..., âgée de 23 ans, née aux îles Canaries, domiciliée à Caracas, États-Unis de Vénézuéla, se présente le 3 décembre 1889 dans mon cabinet pour me consulter au sujet d'une tumeur qu'elle porte dans la région parotidienne gauche.

Mariée, sans enfants, cette femme paraît chétive et a tous les attributs du lymphatisme. Son père et sa mère sont morts de tuberculose pulmonaire, mais n'ont jamais présenté d'autres accidents pathologiques. Quant à elle, elle n'offre aucun antécédent morbide ; elle n'a point de lésions pouvant faire penser à la syphilis et n'a jamais été atteinte de fièvres paludéennes, si fréquentes dans ce pays.

D'après le dire de la malade, le début de la tumeur remonterait à 12 ans environ. Pendant les six premières années, elle ne dépassa pas le volume d'un grain de maïs, c'était une petite grosseur mobile, indolore, siégeant en avant du lobule de l'oreille. Depuis ce moment l'accroissement a été graduel, sans présenter une acuité considérable à un moment quelconque. Actuellement elle a le volume d'une grosse pomme de terre, est très irrégulière, bosselée, de consistance inégale. La peau offre un développement considérable du système veineux et est

adhérente à la tumeur sur plusieurs points, au niveau desquels elle est amincie, soulevée, violacée.

Pas de douleur au niveau de la partie envahie, mais seulement des migraines en rapport sans doute avec l'état anémique de la malade.

Pas de paralysie faciale.

Jugeant que l'ablation de la tumeur était indiquée, je l'ai pratiquée le 12 janvier 1887 au moyen de l'instrument tranchant

La malade est endormie au chloroforme.

Je fis une incision courbe à convexité postérieure dépassant. en haut et en bas les limites de la tumeur, de façon à bien découvrir le champ opératoire; puis je disséquai chaque lèvre de l'incision de manière à découvrir la tumeur.

A ce moment le néoplasme, qui dépendait manifestement de la glande parotide, fut saisi avec une forte pince de Museux et attiré peu à peu en bas et en avant, à mesure que je le séparais des parties profondes, avec le manche du bistouri, en prenant toutes les précautions possibles pour ne pas blesser la carotide externe et les autres organes importants de la région.

Néanmoins l'hémorrhagie devenant assez inquiétante, je crus devoir terminer rapidement l'opération en sectionnant la parotide de façon à en laisser une partie au fond de la loge et à être sûr de respecter le prolongement pharyngien.

Les pinces hémostatiques furent facilement alors maîtresses de l'hémorrhagie. Les ligatures furent faites au moyen de catgut stérilisé.

Je pratiquai alors un lavage désinfectant, avec la solution de sublimé au millième, je suturai les bords de l'incision et mis un drain, par lequel je fis une injection antiseptique. Le tout fut recouvert de gaze iodoformée et de coton hydrophile.

La cicatrisation était complète quatre semaines après l'opération. Une *hémiplégie faciale du côté malade fut la suite de l'intervention.*

Un peu plus tard, je revis la malade qui ne présentait aucune trace de récidive.

Nous avions tout lieu de croire qu'il s'agissait d'un sarcome, l'âge de la malade, l'évolution de la tumeur, l'absence de douleur et de paralysie faciale avant l'opération, le simple soulèvement du lobule de l'oreille non déroulé, tout est en faveur de ce diagnostic.

L'examen microscopique a confirmé notre diagnostic, il s'agissait d'un *sarcome pur à cellules rondes*. Sur plusieurs coupes on voyait du sarcome à l'état adulte, caractérisé par des cellules fusiformes siégeant au milieu d'une trame conjonctive très peu développée.

Observation II

Sarcome de la parotide. — Extirpation. — Guérison. (Due à M. le docteur Beurnier, chef de la clinique chirurgicale de la Faculté de médecine de Paris, à l'hôpital de la Pitié.)

Au mois de juillet 1888, Mme X..., âgée de 27 ans, vint me consulter pour une tumeur qu'elle portait au niveau de la région parotidienne gauche.

Voici en quelques mots l'histoire de cette malade : née de parents n'ayant jamais présenté aucun accident pathologique en rapport avec l'affection qu'elle offre actuellement, elle a toujours en une bonne santé et n'a eu comme maladie qu'une fièvre typhoïde, dont elle a bien guéri et qui ne lui a laissé aucune trace. Or à ce moment elle avait seize ans. Réglée à 14 ans, elle s'est mariée à 21 ans, et a eu trois enfants tous bien portants.

Il y a 5 ans, c'est-à-dire à l'âge de 22 ans, elle remarqua qu'elle portait un peu au-dessous du lobule de l'oreille gauche, une petite grosseur, du volume d'une demi-noisette environ, arrondie, dure, mobile, roulant en tous sens sous le doigt et semblant située directement sous la peau.

Elle consulta à cette époque un médecin qui lui dit que cette grosseur ne présentait aucun caractère de gravité, et qui

ordonna des onctions avec une pommade à l'iodure de potassium.

Pendant longtemps la malade ne s'inquiéta nullement de sa tumeur, qui, si elle ne diminua pas, sous l'influence du traitement ordonné, ne présentait non plus aucune augmentation. Cependant elle nous dit fort bien qu'au moment des règles, il lui semblait qu'il y avait un léger accroissement, plus sensible pendant les grossesses ; mais ensuite tout rentrait dans l'ordre.

C'est seulement, il y a environ un an, que tout à coup sans qu'on puisse y trouver une cause, la tumeur se mit à augmenter assez rapidement ; dans l'espace de six mois, elle triplaenviron de volume, et dans les six derniers mois, l'accroissement fut beaucoup plus rapide. Elle consulta encore un médecin, qui après lui avoir prescrit sans succès diverses pommades, lui conseilla d'avoir recours à un chirurgien.

Au moment où je l'examinai, la tumeur présentait le volume d'un œuf de dinde environ, de forme oblongue allongée dans le sens vertical. En haut, elle remontait jusqu'un peu au-dessus du conduit auditif externe, en bas, elle descendait jusqu'à la partie moyenne du cou. En avant, elle empiétait légèrement sur le bord postérieur de la branche montante de la mâchoire.

A son niveau la peau n'avait nullement changé de caractère, pas de lacis veineux exagéré, elle est parfaitement mobile sur la tumeur, qui elle-même paraît mobile sur les parties profondes, mais plus dans le sens vertical que d'avant en arrière.

A la palpation, la tumeur est bosselée, inégale, on y sent comme des pois et des noisettes enchatonnés dans la masse. Elle est d'une consistance uniforme, dure, mais non ligneuse : cependant, vers la partie antérieure, on perçoit nettement une saillie un peu allongée, du volume d'un gros haricot et nettement fluctuante.

Pas de paralysie faciale.

Aucune douleur : un peu de gêne seulement, lors des mouvements de mastication et de latéralité du cou. Aucun trouble ni

dans la déglutition, ni dans l'audition. Les pulsations de la temporale sont normales et semblables à celles du côté opposé.

Dernier point à noter : le lobule de l'oreille est soulevé, mais non déroulé.

Étant donné le développement très rapide de la tumeur dans les derniers temps, je conseillai l'intervention, que je pratiquai le 4 août sous le chloroforme.

Je fis une incision longitudinale, un peu recourbée à la partie inférieure, dépassant légèrement en haut et en bas les limites de la tumeur, que je mis facilement à nu, en disséquant un peu les deux lèvres de la peau qui ne présentait aucune adhérence, ainsi que l'avait fait prévoir l'examen clinique. Cela fait, je saisis la tumeur par sa partie supérieure avec une pince de Museux et je la détachai avec précaution des parties avoisinantes en la renversant et la faisant basculer peu à peu en dehors et en bas.

Cette sorte d'énucléation fut des plus faciles, le manche du bistouri et une spatule y suffirent. Partout la tumeur était enveloppée d'une couche cellulaire très nette et à aucun instant, je n'eus même la crainte de blesser les organes importants vasculaires et nerveux de la région.

Les ligatures étant faites au catgut et la plaie lavée avec une solution antiseptique, je suturai les parties superficielles au crin de Florence et mis par précaution un drain à cause de la profondeur de la cavité. Pansement à la gaze iodoformée chiffonnée, recouverte d'une plaque de cette même gaze et de coton hydrophile.

Aucune réaction après l'opération.

Le 4e jour j'enlevai le drain, le 8e jour je retirai les sutures, la réunion était complète sauf l'orifice du drain qui fut recouvert de poudre d'iodoforme et était fermé 5 jours plus tard, la cicatrice était absolument linéaire.

Je dois ajouter que j'ai revu la malade dix-huit mois après l'opération et qu'il n'y avait aucune trace de récidive ; elle vint à ce moment me consulter pour une névralgie intercostale avec zona.

A la coupe, la tumeur présente une gangue de tissu conjonctif dans laquelle se trouve une masse d'un blanc grisâtre, rosée par place, assez dure, avec des travées conjonctives parfaitement distinctes, la divisant en masses inégales. Au point fluctuant se trouvait un petit kyste séreux.

A l'examen microscopique, on trouva tous les caractères du *sarcome fasciculé :* tumeur fibro-plastique de Lebert, sur lesquels il est inutile d'insister ici.

Observation III (personnelle)

Voir à la fin de la thèse la photographie.

Sarcome de la parotide. — Ablation. — Guérison. (Par Luis Rodriguez, Dr de l'Université de Vénézuéla.)

M. D..., âgé de 40 ans, célibataire, agriculteur, vient me consulter pour une tumeur de la région parotidienne droite.

Cet homme, d'un tempérament sanguin, est fortement constitué. Il est originaire des États-Unis de Vénézuéla et ne présente rien à signaler. Ni syphilis ni tuberculose.

Rien à noter dans les antécédents héréditaires : ses parents et tous les membres de sa famille ont toujours joui d'une excellente santé.

Notre client nous apprend que la tumeur a débuté il y a 8 ans environ, au niveau de la partie antérieure du lobule de l'oreille. A cette époque, elle avait le volume d'une olive. Elle resta ainsi pendant lougtemps, et ce n'est que depuis 6 mois qu'elle a pris un accroissement rapide et progressif. Au moment où je vis le malade, elle présentait le volume d'une tête de fœtus à terme.

Elle était de forme ovoïde, irrégulière, bosselée, d'une consistance égale dans toutes ses parties, d'une dureté assez considérable, mais non ligneuse. Elle n'a pas contracté d'adhérences avec la peau qui est seulement distendue, très vasculaire, amincie et violacée.

Le malade présente depuis longtemps une surdité de l'oreille droite, dont il ne peut nous préciser la cause.

Nous n'avons pas à signaler au niveau de la tumeur de vives douleurs spontanées ; seulement, l'exercice, les travaux corporels y produisent une sorte de tension gênante. La mastication et la déglutition sont rendues pénibles, par le volume de la masse néoplasique.

Pas de paralysie faciale.

Le malade étant chloroformé, je fis une incision transversale, suivant le grand diamètre de la production morbide et je disséquai la peau de chaque côté. Je mis ainsi la tumeur à découvert, je la saisis avec une forte pince de Museux et, au moyen d'une spatule, je fis facilement l'énucléation complète de la masse.

Le néoplasme était bien limité, la plus grande portion de la glande semblait repoussée dans la partie profonde de sa loge et n'adhérait à la masse morbide que par du tissu cellulaire extrêmement lâche.

J'appliquai des pinces hémostatiques et fis ensuite les ligatures au catgut : lavage au sublimé à 1/1000, suture des bords de la plaie; drainage, poudre d'iodoforme mélangée à de la vaseline boriquée, gaze iodoformée et ouate.

Aucune trace de suppuration. Au bout de 50 jours environ la guérison était complète.

A la coupe, la tumeur se compose de deux parties bien distinctes, une enveloppe blanche nacrée, formée de tissu cellulaire condensé et à l'intérieur une masse grisâtre, dure, à peu près uniforme, présentant tous les caractères macroscopiques du sarcome, ce qui coïncide absolument avec le diagnostic clinique.

Malheureusement l'examen microscopique n'a pu être fait, mais il est indubitable qu'il n'aurait fait que confirmer ce que nous avaient montré l'examen du malade et la coupe macroscopique de la tumeur.

Observation IV

Sarcome de la parotide. — Ablation. — Récidive. (Observation due à M. Antonio M. Pineda, Dr de la Faculté de médecine de Paris et médecin de l'hôpital de la Charité de Barquisimeto, Vénézuéla.)

Femme de 24 ans, célibataire, paraissant d'une robuste constitution, née à Jaritagua, état de Barquisimeto (République du Vénézuéla).

La malade présente dans la région parotidienne gauche, une tumeur qui paraît avoir débuté environ deux ans auparavant. Le développement a été rapide et en dix-huit mois environ, le volume actuel a été atteint. Au moment de l'entrée à l'hôpital, la tumeur s'étend en avant, jusqu'à la commissure des lèvres, en arrière, jusque près du bord postérieur du sterno-mastoïdien, en haut elle arrive non loin de l'arcade zygomatique. Pas de véritables douleurs, il y a seulement un peu de gêne fonctionnelle résultant du volume de la tumeur, dans les mouvements du cou et du maxillaire inférieur. Le lobule de l'oreille est soulevé mais non déroulé. *Pas de paralysie faciale.*

L'intervention est jugée nécessaire. On pratique une incision qui, partant d'un point situé en arrière du lobule de l'oreille, se termine près de la symphyse du menton. La peau est disséquée et relevée en haut. L'énucléation de la tumeur est très facile ; on ne trouve aucune adhérenee ; elle est comme enveloppée d'une gangue de tissu cellulaire lâche.

La peau est réunie par des sutures au fil d'argent ; on panse avec des compresses phéniquées, et on obtient la réunion par première intention. Il ne survient consécutivement aucune paralysie faciale.

Un an plus tard, la tumeur ayant récidivé, on fit de nouveau

l'ablation dans les mêmes conditions. Enfin, six mois plus tard, il y eut une seconde récidive, envahissant cette fois, la peau et la muqueuse buccale.

Tout fait penser que la tumeur était de nature sarcomateuse.

M. Pineda ajoute qu'il a opéré trois tumeurs analogues de la parotide, mais que les deux autres ablations ne furent pas suivies de récidive.

Observation V

Tumeur fibro-plastique de la parotide gauche.
(*Bull. Soc. anat.*, 1865, p. 175.)

M. Regnaut présente une tumeur du volume de deux poings enlevée à la région parotidienne d'un homme de 49 ans.

Cet individu s'aperçut pour la première fois, il y a cinq ans, d'une petite boule ou glande roulant sous la peau, au-dessous de l'oreille gauche, derrière le rebord du maxillaire. La tumeur s'accrut surtout dans ces deux dernières années; il n'en a jamais souffert.

Il y a deux mois, il se fit une ulcération qui laissa s'écouler une quantité de liquide sanguinolent évalué par le malade à un demi-litre, ce qui paraît exagéré.

Cette tumeur était lisse, globuleuse par places, avec des points ramollis, fluctuants, d'autres très durs et comme crétacés, assez mobiles sous la peau et sur les parties profondes.

Cependant la dissection a montré l'existence d'un pédicule s'enfonçant profondément dans la région parotidienne et qui a dû être sectionné. A la coupe, la tumeur offre un aspect très irrégulier: des brides fibreuses, des portions lardacées circonscrivent des excavations renfermant du sang et des matières sanieuses et comme purulentes par places.

L'examen microcospique a démontré dans cette tumeur l'existence d'une trame vaguement cellulaire, et dans les in-

terstices des noyaux embryoplastiques, quelques corps fusiformes, les éléments du sang extravasés et de nombreux capillaires ; il paraît rentrer dans la catégorie des tumeurs fibroplastiques.

Observation VI

Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Lyon, par A. D. Valette, professeur de clinique chirurgicale à l'École de médecine de Lyon, 1875, p. 674. — *Ablation d'un sarcome parotidien chez une femme enceinte de sept mois.*

Voici d'abord son observation qui a été relevée par M. Chandelux, interne de la clinique.

Cette femme s'est présentée une première fois à l'Hôtel-Dieu pour se faire opérer d'une tumeur qu'elle portait à la joue. L'interne chargé de la réception, apprenant qu'elle était enceinte de quatre mois, et voyant une tumeur non ulcérée, d'un volume médiocre, lui dit que l'opération ne pouvait être pratiquée pendant le cours de sa grossesse, de venir se présenter de nouveau si le volume de la tumeur augmentait rapidement. Deux mois et demi après elle entrait à la clinique. Elle présentait l'état suivant :

La région parotidienne gauche est occupée par une tumeur ulcérée, bourgeonnante, à bords déjetés en dehors ; elle a le volume du poing, elle est adhérente et immobile sur les tissus profonds ; il s'en écoule un liquide extrêmement fétide. La malade accuse d'ailleurs des douleurs assez vives. Le cou est libre de tout engorgement ganglionnaire.

En présence des renseignements obtenus et des symptômes observés, on diagnostique : *sarcome ulcéré, développé dans l'épaisseur de la parotide* à marche rapide, devant faire craindre dans un bref délai un envahissement trop étendu pour que l'opération puisse être tentée. L'indication paraissant urgente, on se décide à l'opérer de suite.

La malade fut anesthésiée par l'éther. La tumeur cernée avec le bistouri put être extirpée, sans trop de désordres. Hémorrhagie peu abondante. Les filets du facial ont été épargnés en partie, car l'occlusion de l'œil gauche se fait à peu près complètement, les suites de l'opération ont été très simples et la cicatrisation a marché avec une rapidité insolite.

Elle n'est pas encore complètement achevée aujourd'hui; il reste une petite plaie rose, granuleuse, qui a tout au plus le quart en étendue de la plaie primitive, et qui sera fermée indubitablement dans quelques jours. L'état général est excellent ; la marche de la grossesse n'a pas été un instant troublée. Pas le moindre symptôme ne s'est manifesté du côté du ventre, on ne peut donc regretter qu'une chose, c'est que l'opération n'ait pas été pratiquée deux mois et demi plus tôt, lorsque la malade s'est présentée à l'hôpital pour la première fois. Quoi qu'il en soit, je laisse de côté ce cas particulier, pour traiter d'une manière générale la question des contre-indications opératoires pendant la grossesse.

Observation VII

Memorabilien, Heibronn, 1861, VI, 87. — *Extirpation totale d'une glande parotide sarcomateuse*, par le Dr B. Beck de Freiburg.

S. F.., est une jeune fille de 19 ans, chlorotique, d'une constitution délicate avec prédisposition à la tuméfaction des glandes. Depuis un an la malade a remarqué une petite tumeur en forme de verrue à la région temporale. Comme elle n'occasionne aucune douleur, la jeune fille n'y fait pas attention; mais un jeune médecin persuade à la malade de laisser enlever la tumeur, il fait l'ablation. Quelque temps après récidive et à la suite d'une cautérisation la tumeur prend des dimensions considérables, c'est alors qu'on a recours à mes conseils.

Je trouve dans les régions temporale et sous-orbitaire une tumeur vasculaire, grosse comme le poing d'un enfant. en partie dure, en partie molle, couverte d'une eschare gangreneuse. Tous les symptômes ont montré l'existence d'un sarcome à cellules rondes. Outre cette tumeur j'ai trouvé encore une *tumeur de la glande parotide grosse comme un œuf d'oie* et quelques ganglions cervicaux augmentés de volume. La peau sur la parotide était tendue, très vasculaire, bleuâtre, la consistance de la glande très dure, tout son tissu est infiltré. Parmi les ganglions du cou, quelques-uns sont simplement hypertrophiés, mais deux sont sarcomateux, l'un se trouve sous l'angle du maxillaire inférieur et pénètre dans la profondeur sous le muscle digastrique, l'autre est plus près de l'oreille. Ces deux ganglions sont immobiles Eu égard au mauvais état général de la malade, à la croissance rapide et à la nature maligne de la tumeur, je me décide à opérer.

J'ai d'abord extirpé le sarcome de la région temporale, au bout de quelques semaines la plaie s'est cicatrisée. Pendant ce temps les autres tumeurs ont augmenté de volume et la *parotide a atteint la grosseur du poing*. Cinq semaines après la première opération, j'ai extirpé la glande parotide sarcomateuse et les deux ganglions dans la même séance. L'opération fut très compliquée. La carotide externe avec ses branches, adhérait à la tumeur, la carotide et la veine jugulaire internes étaient situées près de la glande sarcomateuse qui, suivant le muscle digastrique, gagnait les parties profondes. Les branches du nerf facial comme celles de la carotide externe se trouvaient dans le champ opératoire. Divers troncs nerveux et les branches des V, VI, VII, VIII, IX, X, XI et XIIe paires des nerfs cérébraux étaient en danger d'être blessés pendant l'opération. Je me proposais d'extirper complètement toutes les parties malades, mais fallait-il faire ou non la ligature de la carotide externe ? Je ne pouvais me décider à faire la ligature parce que d'après mes expériences personnelles l'opération devient très compliquée et que de plus j'ai déjà extirpé de grosses tumeurs au cou

sans avoir pratiqué cette ligature. Après avoir décollé les téguments vascularisés j'ai pénétré jusqu'au bord inférieur de la parotide sarcomateuse et je l'ai détachée de ses adhérences, j'ai pu extirper toute la tumeur sans avoir blessé les vaisseaux. En tout j'ai fait six ligatures des vaisseaux nutritifs de la glande. Le nerf facial et l'artère transversale de la face restaient libres dans la plaie et on voyait au fond, entre la mâchoire inférieure et l'oreille, battre les carotides. Après une petite pause j'ai extirpé les deux autres tumeurs qui étaient en connexion avec la carotide interne et la jugulaire interne. Les autres glandes simplement hypertrophiées et non sarcomateuses ont été laissées intactes. Après avoir appliqué quelques sutures pour diminuer l'étendue de la plaie je fis un pansement simple avec de la charpie trempée dans l'eau. Puis je traitai la plaie par le froid et ensuite par des cataplasmes tièdes.

La suppuration se montra sans trop de fièvre et de réaction et, après cinq semaines, la malade était complètement guérie. La déformation n'était pas considérable. L'huile de foie de morue, les bains salés produisirent un bon effet. La malade se porte si bien qu'elle va au bal sans qu'on remarque les suites de l'opération.

Quant à la structure des tumeurs extirpées on peut dire que tous les éléments histologiques ont bien prouvé qu'il s'agissait d'un adéno-sarcome médullaire celluleux. Les parois de quelques acini étaient épaissies. Le stroma était de ci de là composé de tissu fibreux très dense. Partout se sont montrées de petites cellules fusiformes, cellules oblongues comme j'en ai décrit dans mes études sur l'histologie et la thérapie des pseudoplasmes (Fribürg, 1857).

L'examen microscopique a confirmé complètement le diagnostic, c'est-à-dire la malignité du néoplasme et par suite la nécessité de l'extirpation complète de la tumeur.

Observation VIII

Pathological Society of London. — The Lancet, 1884, vol. I, p. 70.

M. Cristopher Heath, montre un homme de 43 ans, atteint d'une récidive d'un sarcome de la parotide. La tumeur avait été enlevée, *cinq ans* auparavant, par M. Weelhouse de Leeds.

La nouvelle tumeur présente un volume considérable ; elle est plus grosse que la tumeur primitive. M. Heath se proposait d'opérer de nouveau le malade le 9 janvier.

Observation IX

The New-York medical Journal, p. 214, 1889. — New-York surgical Society. Assemblée du 26 décembre 1888. Le président le Dr Lewis Astinson est au fauteuil. — *Extirpation complète des deux parotides pour sarcome. Pas de récidive deux ans après l'opération.*

Le Dr J. A. Wyeth présente un homme auquel il a extirpé les deux parotides, il y a deux ans et demi, après ligature préalable de la carotide externe droite et de la gauche. La maladie récidiva d'un côté au bout de six mois, si bien qu'une seconde opération devint nécessaire : mais deux années se sont écoulées depuis cette seconde opération sans qu'il se soit produit de récidive.

L'opération n'avait été entreprise que sur les prières les plus vives du malade. Elle fut des plus difficiles, les deux veines jugulaires ayant été mises à découvert pendant la dissection. Paralysie faciale double après l'opération, mais elle a disparu d'un côté probablement par rétablissement d'un courant nerveux collatéral (probably from a restoration of the col-

lateral circulation). Un fait qui mérite d'être signalé au point de vue chirurgical, c'est que la ligature de la carotide externe du côté droit a été pratiquée juste au niveau de la bifurcation de l'artère carotide primitive.

Observation X

Sarcome globo-cellulaire de la région parotidienne. In Th. Pérochaud. Paris, 1885, p. 22 et 23.

Il s'agit d'une grosse tumeur que présentait un jeune homme âgé d'un peu plus de vingt ans. Le néoplasme avait débuté, depuis un an seulement, dans la région sous-maxillaire, par un nodule de la grosseur d'une noisette. Le mal prit un accroissement si rapide, qu'au moment de l'entrée du jeune homme à l'hôpital, la masse pathologique s'étendait depuis l'apophyse zygomatique et le lobule de l'oreille qui était soulevé jusqu'à la partie latérale du cou où elle atteignait le creux sus-claviculaire.

Cette tumeur, peu mobile, fut jugée inopérable par l'instrument tranchant. On tenta de la détruire avec la pâte de Canquoin. M. Gruget, qui était chargé du service où se trouvait le malade, voulut bien prélever un morceau de la tumeur pour le soumettre à l'examen histologique. La moitié du fragment fut durcie à l'aide du liquide de Müller, l'autre moitié à l'aide de l'alcool.

L'examen histologique montra principalement dans la partie durcie au liquide de Müller et colorée à l'éosine hématoxylique, deux tissus bien distincts : l'un, analogue à du tissu de ganglion lymphatique normal ; l'autre, constitué par des cellules rondes ou polyédriques, en contact les unes avec les autres, parfois accolées, d'autres fois séparées par des espaces arrondis un peu comme les cellules du foie. Sur les coupes, colorées au picro-carmin, nous n'avons vu presque nulle part de tissu adé-

noïde ; partout des cellules rondes ou polyédriques assez grandes, disséminées au milieu d'un tissu fibrillaire dont on ne parvient pas à les chasser par le pinceau.

Les vaisseaux sont larges et souvent sclérosés. A la périphérie des parties malades, nous trouvons un stroma fibreux très dense Nous supposons que la tumeur était un sarcome, mais nous ne saurions dire si elle provient de la glande sous-maxillaire, d'un ganglion lymphatique ou du tissu conjonctif de la région.

L'insuffisance du fragment que nous avions pu étudier nous conduit à ne poser ce diagnostic que sous toutes réserves.

(Pièce n° 83, année 1882.)

Observation XI

Sarcome globo-cellulaire de la région parotidienne. In Th. Pérochaud, Paris, 1885, p. 22.

Cette tumeur dont le début ne remonte qu'à huit mois, fut enlevée par M. le professeur Chenantais, à un homme de 40 ans, le 7 octobre 1883. L'accroissement de cette tumeur fut très rapide, elle occupait les régions parotidienne et massétérine, de la grosseur du poing, elle présente à la coupe un tissu homogène blanchâtre, la peau est adhérente à la tumeur, ses couches profondes sont envahies par le néoplasme, tandis que les couches superficielles paraissent saines. Au microscope, on reconnaît la présence de nombreux éléments cellulaires volumineux, arrondis, contenant un gros noyau et fortement colorés par le carmin.

Ces cellules sont contenues dans une trame fibrillaire excessivement ténue, d'où le pinceau ne parvient pas à les chasser. *Cette tumeur est donc un type de sarcome globo-cellulaire.* Mais quelle est son origine ? Est-ce le tissu interstitiel de la parotide, la membrane fibreuse qui l' enveloppe, ou bien, parti

d'un ganglion voisin, a-t-il envahi secondairement la glande ? Nous avouons qu'il nous a été impossible de résoudre la question. (Pièce n° 153 de l'année 1883.)

Observation XII

Sarcome de la parotide et de sa glande accessoire. (Par Paul F. Eve, M. D. professeur de chirurgie à l'École de médecine de l'Université de Washwille). Extrait de : *A collection of remarquable cases in Surgery.* Philadelphia, 1875, p. 721.

Akae est une petite fille âgée de 14 ans. Comme je finissais mes affaires de la journée, je vis une Chinoise arriver timidement à l'hôpital, amenant sa petite fille, qui, à première vue, me parut avoir deux têtes. Une tumeur sarcomateuse naissant de la tempe droite, et s'étendant par en bas jusqu'au menton, et en avant jusqu'à la bouche la défigurait absolument. Elle atteignait l'œil droit qu'elle déprimait au point d'abolir la vision. La parotide et sa portion accessoire étaient très augmentées de volume. Cette grosse tumeur était entourée par d'autres petites masses dont la plus grosse recouvrait le muscle buccinateur. De petites tumeurs placées en d'autres parties du corps montraient une diathèse néoplasique, qui, je l'ai appris depuis, est héréditaire. La mère présente une apparence des plus singulières, elle est depuis sa naissance couverte de petites tumeurs dont quelques-unes atteignent le volume de grosses verrues, dont d'autres pédiculées ont la forme et le volume du doigt. Akae est la seule de ses 4 enfants qui présente cette affection. Son état général est quelque peu altéré. La langue est sale, le pouls fréquent et faible, le sommet de la tumeur a une température plus élevée que celle du corps, les vaisseaux sanguins qui la recouvrent sont très augmentés de volume, il y a des douleurs pendant la nuit dans les téguments qui entourent la base de la tumeur. L'enfant se plaint de vertige et penche habituellement

la tête à gauche. Si on s'en rapporte au dire des parents, la tumeur a augmenté de volume sous l'influence d'une variole que l'enfant a eue il y a 4 ans, mais depuis 4 mois elle a augmenté des trois quarts du volume qu'elle présente actuellement. Il y a un mois que l'enfant est soumise à un traitement médical et depuis ce temps sa santé s'est profondément altérée.

Le 19 janvier l'opération fut faite. Le beau temps après quelques jours de pluies continuelles, la présence et la gracieuse assistance de plusieurs chirurgiens, et le courage héroïque avec lequel l'enfant supporta l'opération, me remplissent le cœur de gratitude pour le dispensateur de tous les biens. Quelques jours avant l'opération on appliqua sur la tumeur des compresses imbibées d'une solution alcoolique de nitrate de potasse, 15 minutes auparavant on administra de l'opium, puis pendant l'opération de l'eau et du vin, on banda soigneusement les yeux de la malade, on mit des entraves aux mains et aux pieds. L'extirpation fut faite en huit minutes. Une autre petite tumeur du volume d'une noisette, siégeant au sourcil, fut aussi enlevée. La perte de sang fut de 10 à 12 onces. Aucune ligature d'artère ne fut nécessaire, la malade a vomi, mais n'a pas eu de défaillance. La tumeur pesait une livre un quart, la circonférence de sa base mesurait 16 pouces 3/4, et la longueur de l'incision du sommet de la tête à la joue était de 10 pouces. En ouvrant la tumeur on trouva des parties noires et deux ou trois drachmes de sang altéré, d'une couleur chocolat. Après un court sommeil l'enfant s'éveilla de bonne humeur comme à l'habitude, le soir le pouls devint fréquent, et la malade se plaignit de nausées, mais après elle a toujours dit qu'elle ne souffrait pas. Il ne survint pas d'inflammation et la plaie guérit par première intention. Trois jours après l'opération, en plusieurs endroits, sur une longueur d'un pouce et même d'avantage la plaie était cicatrisée et en 14 jours, à l'exception d'un espace d'un quart de pouce, toute la blessure était fermée. La guérison complète eut lieu au bout de 18 jours.

Observation XIII

Aerztliches Intilligeuz-Blatt. — München, 1885. Ein Beitrag zur Kentniss Parotistumoren. Étude sur les tumeurs de la parotide, par le Dr Buss de Munich. — *Sarcome globo-cellulaire de la parotide.* (Livre d'observations de la policlinique n° 1851, année 1881.)

Moss Bernhard, âgé de 15 ans.

Il y a 2 ans, le malade constata la présence d'une tumeur dans la région parotidienne gauche. Cette tumeur n'occasionna aucune douleur depuis son début, elle augmenta petit à petit et acquit le volume d'un œuf de poule. De consistance dure, la peau était mobile à sa surface, sans adhérences. La tumeur avait une forme ovale, à grand axe vertical.

Opération le 29 mai 1881.

Anesthésie. Incision de la peau suivant le grand diamètre de la tumeur. Dissection minutieuse des parties jusqu'à ce qu'on rencontre la surface de la tumeur. La dimension de la tumeur étant considérable, seconde incision de la peau perpendiculaire à la première. Extraction de la tumeur sans instrument tranchant. Hémostase (3 ligatures), réunion des bords de la plaie. Pansement de Lister.

Le 2 mai on change le pansement. Pas de réaction inflammatoire. Le 7 mai on enlève toutes les sutures, application de pommade boriquée sur la plaie fermée. Le 12 mai, guérison complète.

Examen microscopique. — Le tissu conjonctif qui entoure les lobules glandulaires est très développé. On remarque de petites cellules rondes avec noyaux bien reconnaissables, formant des foyers dans le stroma de la glande.

De même on voit çà et là dans l'intérieur des acini, une infiltration cellulaire (quantité de petites cellules rondes).

Observation XIV

Sarcome pur de la parotide. Dr G. Buss (indic. ut supra). Livre d'observations n° 1261, année 1880.

Leigh, Marie, 50 ans, se présente à la policlinique le 24 avril 1880. Il y a cinq ans la malade remarqua pour la première fois, une petite tumeur siégeant au voisinage de l'angle gauche du maxillaire inférieur.

La tumeur n'était point douloureuse tout d'abord. Depuis 3 ans elle a pris un développement considérable.

L'examen clinique fit constater dans la région parotidienne gauche, une tumeur à peu près du volume du poing, recouverte d'une peau normale.

La tumeur était mobile sans adhérences aux os ou à la muqueuse de la bouche. La pression n'occasionnait aucune douleur.

Opération le 27 avril 1880.

Anesthésie. Incision horizontale. Extraction complète de la tumeur avec les parties voisines et encore saines de la glande parotide. Drainage et réunion des bords de la plaie par suture à la soie.

Le 1er mai 1880, on change le pansement.

Le 3 mai, on enlève toutes les sutures. On trouve dans le tube un peu de salive.

Le 8 mai, la pression fait sortir du tube à drainage un peu de salive.

Le 16 mai, guérison.

Examen microscopique. — On constate dans la glande une infiltration de petites cellules rondes et fusiformes.

Les cloisons du tissu conjonctif qui environnent les alvéoles de la glande sont pour la plupart fort peu développées. Dans les alvéoles on trouve beaucoup de cellules cubiques.

Observation XV

Archiv. für Klinische Chirurgie. Berlin, 1881. T. XXVI, p. 672-730. — *Sarcome de la parotide*, par le Dr Kaufmann de Zurich. Obs. I du Mem. Cas de Billroth.

A. W..., valet de chambre, âgé de 24 ans, se présente à la clinique chirurgicale le 27 février 1869. Il y a 4 mois que le malade ressentit pour la première fois des douleurs dans la région de la parotide près de l'oreille. Il remarqua ensuite dans la même région, tout près du lobule de l'oreille, une tumeur douloureuse, grosse comme une noix et qui prit rapidement une dimension considérable. Il y a un mois la tumeur s'est ouverte spontanément ; de l'orifice s'est écoulé un peu de liquide aqueux. Les douleurs devinrent si fortes que le malade ne put dormir. *Depuis deux semaines il a la bouche déviée et ne peut pas complètement fermer l'œil gauche*, toute la parotide est tuméfiée et recouverte d'une ulcération superficielle qui progresse rapidement vers le lobule de l'oreille. Le traitement à l'iodure de potassium (usage interne et externe) et l'emplâtre mercuriel font disparaître presque complètement la tumeur. L'ulcération gagna alors vers la partie inférieure de l'oreille, le lobule devint gangreneux et la plaie se cicatrisa. On pouvait croire qu'il s'agissait d'une inflammation chronique. Néanmoins la paralysie faciale ne disparut pas, il y eut surdité de l'oreille gauche et au commencement de mai, récidive de la tumeur dans la même région. Le traitement avec l'iodure et le mercure resta sans effet et la tumeur gagna toujours sous l'oreille externe en la soulevant. A la fin de juillet, douleurs atroces sur toute la partie gauche de la tête ; le 2 août, déviation de la langue à gauche, diplopie, amaigrissement. Marasme. Le 12 août : mort.

Autopsie. — Sur la face interne de la dure-mère correspondant à presque toute la surface du rocher (os pétreux), se trouve

une tumeur qui suit le nerf facial dans le conduit auditif interne où sa largeur égale celle du nerf; de l'autre côté la tumeur se montre sous forme de bosselures occupant le bord externe de l'hémisphère cérébral gauche. Cette partie est dure et sèche, les autres parties sont au contraire molles et d'une couleur gris rougeâtre. Dans le muscle temporal on trouve quelques parties sarcomateuses.

Le cas est très important au point de vue du diagnostic. C'est seulement par l'observation clinique prolongée et par le résultat de l'autopsie qu'on a pu s'assurer qu'il s'agissait d'une tumeur sarcomateuse à structure lobulée.

Nous avouons que cette observation nous semble peu probante, la tumeur ayant à une certaine période disparu sous l'influence du traitement ioduré et de l'emplâtre mercuriel. Il s'agit probablement d'un cas de gangrène spontanée du néoplasme.

Observation XVI

Voici la 2e observation du mémoire de Kaufmann (très résumée).

Un homme de 35 ans avait un sarcome proliférant de la parotide. On l'extirpa après avoir pratiqué la ligature de l'artère carotide commune.

Cautérisation de la plaie avec le chlorure de zinc et guérison complète.

Après cinq ans, pas de récidive.

Observation XVII

Cas remarquable de généralisation d'un sarcome pur à cellules rondes né dans la région parotidienne, par Luther Holden. (3e Observation du mémoire de Kaufmann.) *Saint-Bartholomew's hospital reports.* Vol. XIV, 1878, p. 132.

Le cas suivant mérite d'être rapporté, à cause de son intérêt et de sa rareté.

Charles Lamborne, âgé de 10 ans, garçon pâle, d'aspect délicat, fut admis à St-Bartholomew's hospital le 18 juin 1875, pour une tumeur de la région parotidienne gauche. La tumeur a le volume d'un gros marron, elle n'est pas douloureuse au toucher, elle est de consistance presque cartilagineuse, unie à sa surface, mais elle semble présenter des connexions avec les parties profondes. Elle a commencé à se montrer il y a un an, elle n'a jamais été douloureuse au toucher ni spontanément, elle s'est accrue lentement. Il existe une autre tumeur beaucoup plus petite, probablement de la même nature, en haut sur le côté gauche du front.

23 juin. Ablation de la tumeur parotidienne. Elle adhérait fortement à tous les tissus environnants, et demanda une dissection attentive pour être séparée de la glande. L'une des branches supérieures du facial fut coupée pendant l'ablation de la tumeur qui à l'examen microscopique pratiqué par le Dr Butlin, *se montra composée de sarcome à cellules rondes.*

20 juillet. La plaie était cicatrisée. Les muscles du côté gauche de la face avaient presque tous recouvré leur contractilité, à l'exception de l'orbiculaire, aujourd'hui encore incapable de fermer l'œil.

11 octobre. Le jeune garçon fut admis de nouveau à l'hôpital pour deux petites tumeurs qui, si on l'en croit, se sont montrées sur le côté gauche du front presque immédiatement après sa sortie de l'hôpital. L'une d'elles est de couleur foncée et paraît

confinée à la peau, l'autre envahit le tissu cellulaire sous-cutané. Ni l'une ni l'autre ne sont douloureuses. La cicatrice opératoire est en parfait état et ne présente pas de trace de récidive. Le buccinateur et les autres muscles de la bouche fonctionnent très bien, mais l'œil gauche ne peut se fermer complètement.

Le 13. Ablation des deux tumeurs du front. Mêmes caractères que ceux de la tumeur de la région parotidienne; on trouve une infiltration de cellules rondes dans la face profonde du derme et dans le tissu cellulo-graisseux sous-cutané.

26 novembre. Le malade en bon état, avec des plaies presque cicatrisées, est envoyé à l'hôpital des convalescents.

Le 14 août 1876, rentrée du malade à l'hôpital pour la 3e fois. A cette époque ses deux testicules ont le volume d'un œuf de poule, le gauche est un peu plus gros que le droit. Le scrotum est parfaitement mobile et paraît sain. Les testicules sont insensibles, unis, de consistance cartilagineuse. Ils ont commencé à augmenter de volume il y a deux ou trois mois. Pas d'augmentation de volume du cordon ou des ganglions. Les cicatrices opératoires sont saines. Le patient peut fermer l'œil gauche maintenant, mais pas aussi bien que le droit.

21 septembre. Traitement à l'iodure de potassium, local et général. C'était l'opinion générale que les testicules étaient sarcomateux et qu'il ne fallait pas intervenir chirurgicalement.

Le 27. Les testicules avaient plutôt augmenté que diminué de volume sous l'influence de l'iodure. Le gauche mesure cinq pouces de circonférence, le droit quatre. Exeat.

Le 26 août 1877, après un intervalle de 11 mois, le jeune garçon revint à l'hôpital, et y entra pour la 4e fois.

Les testicules avaient encore augmenté de volume. Le droit mesure six pouces 1/2 de circonférence, le gauche sept. Le cordon spermatique et les ganglions lymphatiques de l'abdomen paraissent sains. Le jeune garçon a considérablement grandi, paraît bien nourri, et ne se plaint pas de ses testicules. Il revient à l'hôpital pour une tumeur de la partie postérieure

de la cuisse qui a débuté il y a 6 mois et augmente rapidement depuis quelque temps. Tumeur très dure, comprenant la peau, s'étendant très profondément, rouge, douloureuse, enflammée à sa périphérie, par la pression qu'amène la station assise et le contact des vêtements. La tumeur n'est point douloureuse dans la station debout ou la marche, elle n'est pas suppurée. Outre la tumeur de la cuisse, le malade appelle notre attention sur une autre tumeur siégeant exactement au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate du côté droit, son début remonte à quatre mois. La seconde tumeur présentait des caractères très analogues à la première, cependant elle n'était ni douloureuse, ni enflammée.

Le 1er octobre, apparition d'une autre tumeur au voisinage du grand trochanter de la cuisse droite.

En novembre, augmentation de volume de la tumeur de l'épaule droite. Apparition d'une tumeur au niveau du muscle grand pectoral gauche.

En décembre, ablation de la tumeur de l'épaule et du grand pectoral. Le 31, les plaies opératoires guérissent vite, mais une tumeur apparaît sur le côté interne de l'avant-bras droit, elle paraît être en connexion avec le cubitus.

30 janvier 1878. La tumeur de l'avant-bras augmente rapidement, devient douloureuse, s'enflamme. Les testicules restent à peu près stationnaires. Augmentation de volume des ganglions inguinaux droits.

En février. Tumeur au côté interne du bras droit, ganglions axillaires tuméfiés.

5 mars. Toutes les tumeurs croissent rapidement. Celle de l'avant-bras est ulcérée. Les ganglions axillaires des deux côtés sont gros et durs.

Le 21. La tumeur de l'avant-bras s'est ouverte, il y a une large plaie au fond de laquelle on voit une grande partie du cubitus. Augmentation notable du volume des ganglions axillaires. Le malade s'alite et souffre.

5 juin. Le sang a été à plusieurs reprises examiné par

M. Butlin, qui n'y trouve rien d'anormal, si ce n'est la présence de très petits corps sphériques tantôt isolés, tantôt groupés, ayant l'apparence du *coccus* de Billroth.

1er août. Mort après les plus grandes souffrances, augmentées en dernier lieu par une constipation presque complète.

Autopsie, 8 heures après la mort. (Due à M. Butlin). — Corps très amaigri. Eschares au sacrum, au trochanter, à la partie inférieure de la région lombaire.

Tumeur siégeant au-dessous de l'omoplate gauche, ulcérée. Même chose pour celle de l'avant-bras droit. La gaine périostique du radius dans ses 2/3 inférieurs est ulcérée, cet os est fracturé. Tumeur du bras droit grosse comme une pomme, présentant à la coupe l'aspect du squirrhe. Elle n'est pas ulcérée. Aisselle droite remplie par une masse de même apparence adhérente à la peau. Masse un peu moins considérable dans l'aiselle gauche. Les deux aines, surtout la droite, sont remplies de ganglions gros et durs. Poumons normaux. Plèvres saines. Cœur sain. Le péricarde contient une ou deux onces de liquide. Rien dans les médiastins. Foie sain. Rate très peu augmentée de volume, saine. Reins : Le gauche est sain, le droit est plus volumineux que le gauche, sur les deux la capsule se détache facilement. Rien du côté de la vessie, ni des uretères.

On voit partir de l'aine droite, une chaîne de ganglions gros et durs. Elle suit les vaisseaux iliaques pour atteindre les ganglions lombaires, et se termine dans une grosse masse lardacée, qui s'étendant par en bas, remplit presque complètement la cavité du bassin. Quelques anses de l'intestin grêle adhèrent à sa face supérieure, mais le rectum est plus spécialement englobé dans la masse. Le rectum ouvert, on voit qu'il présente une vaste ulcération qui fait partie de la masse dont on vient de parler. Chacune des moitiés du scrotum est remplie par une grosse masse dure.

Les autres viscères de l'abdomen sont sains.

Observation XVIII

Sarcome pur de la parotide. — 4e *observation de* Kaufmann. (Résumée.)

Tumeur enkystée de la parotide chez un homme de 34 ans. Le début de la tumeur remonte à *14 ans. On l'extirpa sans blesser le nerf facial*, ni la carotide externe (?) bien que la tumeur se prolongeât entre l'apophyse mastoïde et le maxillaire inférieur.

D'après les recherches du Dr Kaufmann, *cette tumeur était un sarcome pur.*

Observation XIX

5e observation du Mémoire de Kaufmann.

Il s'agit d'un sarcome enkysté de la parotide gros comme un œuf de poule. Le malade est un vieillard.

Observation XX

6e observation du Mémoire de Kaufmann.

Il s'agit d'une tumeur non douloureuse de la parotide gauche chez une fille de 15 ans. Cette tumeur existait depuis *six ans.* On la prit pour un adénome, mais d'après les recherches histologiques de Kaufmann, ce serait un *sarcome pur.*

Pour en finir avec le mémoire de Kaufmann, disons que les deux autres cas qu'il rapporte, dus au Dr Kolaczck, n'étaient pas des sarcomes purs proprement dits, mais des *angio-sarcomes.*

Observation XXI

Philadelphia medical Times. A Weeckly Journal of medical and surgical science, vol. V, 1874-75, october 10. — *Tumeur envahissant la glande parotide et le muscle masséter*. Par le Dr J. Ewing Mears. (*Sarcome à cellules rondes et fusiformes.*)

Le Dr J. Ewing Mears présente une tumeur qu'il a enlevée sur un homme de 58 ans à St-Mary's hospital. Une description de cette pièce paraîtra dans un numéro prochain du *Medical Times*. Cette pièce a été soumise au comité des tumeurs, qui a fait son rapport le 24 septembre 1874.

« La grosse tumeur enlevée dans la région parotidienne, le 10 septembre par le Dr Mears, est formée de grosses cellules rondes et d'éléments fusiformes, le tissu interstitiel est formé d'une substance fibrillaire très fine.

Sur quelques coupes on voit le tissu glandulaire et ses canaux excréteurs limités par un épithélium cylindrique, ce qui fait naître quelques doutes sur l'envahissement de la glande parotide. Il n'y a pas là de développement excessif des éléments épithéliaux limitants, pas de tumeur épithéliale, mais d'un autre côté les cellules glandulaires sont nettement séparées et comprimées par une production abondante de cellules sarcomateuses dans le tissu connectif.

Le sarcome a également envahi le muscle masséter, et là il semble également avoir envahi le tissu conjonctif inter-fibrillaire; cependant dans un petit nombre de fibres on constate dans le sarcolemme la présence de gros corps nucléés, comme si les sarcous éléments subissaient aussi la transformation sarcomateuse.

Une nouvelle étude des coupes doit être faite encore, avant que votre comité puisse se prononcer sur ce point avec une certitude absolue. Plusieurs fibres musculaires ont des contours irréguliers, sont gonflées et contournées, leur striation

a disparu, elle est remplacée par une dégénérescence amyloïde. C'est un fait qui a été souvent noté dans les fibres musculaires qui sont en rapport avec les jeunes tumeurs. »

Observation XXII

Cysto-sarcome de la parotide, par le Dr Scheffer. *Gazette médicale de Strasbourg*, 1er février 1887.

La femme O..., âgée de 76 ans, décrépite par l'âge, mais encore d'assez forte constitution, nous est adressée par notre ami, le Dr Hüter, pour une tumeur du cou. Toujours bien portante, mère de plusieurs enfants, la malade fait remonter l'existence de cette tumeur à une *trentaine d'années* ; elle se souvient d'avoir eu alors une petite tumeur indolore, de la grosseur d'une noix, à l'angle de la mâchoire inférieure gauche ; elle consulta son médecin, qui la tranquillisa en lui disant que c'était une glande enflée ; il y a dix ans la malade eut une pneumonie, qui se passa très bien ; mais durant le cours de cette maladie, par suite des efforts de la toux, au dire de la malade, la tumeur augmenta rapidement et atteignit le volume du poing, elle continua à rester indolore et ne la gêna aucunement. Depuis lors, elle resta stationnaire, jusqu'il y a deux ans, où d'une nuit à l'autre, dit-elle, la tumeur atteignit le volume actuel. Incommodée dans les mouvements de la mâchoire, et ennuyée d'avoir une si lourde masse à son cou, elle consulta un médecin, il y a six mois environ, qui la ponctionna. Un liquide clair s'en écoula, la tumeur s'affaissa de moitié, mais vingt-quatre heures après, elle avait repris son volume précédent ; la femme se fit encore ponctionner deux fois, et chaque fois le même phénomène se reproduisit ; toutefois, depuis la dernière ponction, il y a trois mois environ, elle ressentit des douleurs sourdes, puis lancinantes, si bien qu'une opération plus radicale, qui lui fut proposée ne lui fut pas désagréable.

Elle entra dans ce but, le 14 avril, à l'hospice israélite.

A son entrée nous constatons l'état suivant :

La région parotidienne, depuis le canal auditif, et la région sous-maxillaire, sont totalement occupées par une tumeur, remontant à 1 centimètre de l'arcade zygomatique et descendant vers le bas, le long du cou, jusqu'à la clavicule, sur laquelle elle repose. C'est une tumeur du volume d'une forte noix de coco, indolore à la palpation, de forme arrondie, bosselée vers le haut et mobile sur sa base d'implantation ; elle se compose pour ainsi dire de deux lobes, dont l'inférieur, comprenant la région sous-maxillaire et s'étendant jusqu'à la clavicule, est élastique, transparent, et présente une fluctuation nette, dont l'autre, comprenant la région parotidienne, prend une forme lobulée, est élastique en un point, solide et dur en un autre ; la peau qui recouvre la tumeur, présente sa coloration normale, est fortement amincie, mais n'est pas adhérente ; elle glisse facilement à sa surface. La tumeur a 34 centimètres de tour, depuis le conduit auditif jusqu'au menton, 28 centimètres dans sa longueur et 27 dans son épaisseur.

La malade ne présente aucune gêne de déglutition, aucun embarras de la respiration,

Le diagnostic reste pendant entre une tumeur parotidienne et un kyste du cou.

Opération, le 16 avril. — La malade étant chloroformisée, je pratique une incision antérieure curviligne, partant du lobule de l'oreille et s'étendant jusqu'à 2 centimètres du menton ; après avoir sectionné la peau et l'aponévrose superficielle, j'arrive sur la tumeur que je dissèque facilement vers le haut, jusqu'à son bord supérieur ; je fais ensuite une seconde incision curviligne sur la partie postérieure, partant également du lobule de l'oreille et rejoignant l'extrémité de la première incision ; je laisse entre les deux incisions un lambeau de peau elliptique ; je dissèque alors la tumeur vers le bas et, après l'avoir contournée jusque sur le plan musculaire, je l'attaque de nouveau par le haut et l'énuclée de ses attaches avec le maxillaire infé-

rieur. J'arrive ainsi, sans trop de difficulté, à la détacher de sa base d'implantation de la région parotidienne, ce qui ne manque pas de donner assez de sang par suite de l'énucléation difficile de cette partie lobulée de la tumeur, assez intimement fixée dans un tissu dense où l'on constate des restes de la glande parotidienne ; néanmoins j'arrive, après avoir sectionné entre autres le nerf facial et l'artère transverse de la face, à détacher cette partie de la tumeur, il ne reste plus qu'un prolongement kystique dans la profondeur du creux parotidien, serré comme dans une boutonnière par le feuillet postérieur de l'aponévrose superficielle et fixé derrière la branche montante du maxillaire inférieur et le ptérygoïdien interne. Après avoir sectionné cette boutonnière, j'arrive, sans hémorrhagie et sans peine, à énucléer ce prolongement kystique de la tumeur.

La malade, bien que très faible, n'avait pas perdu beaucoup de sang.

Je me hâtai de fermer la plaie, en réunissant les deux grands lambeaux de peau par des sutures au fil de soie de Chine ; entre les sutures je plaçai des épingles, deux drains avaient été mis, l'un à l'extrémité inférieure de l'incision, et l'autre dans une contre-ouverture faite à la partie la plus déclive : un pansement compressif fut enfin appliqué. Le soir, temp. 37°,3 ; la malade est faible.

Le 18 avril. Enlèvement des drains et des épingles : la plaie est bien réunie.

Le 21. Enlèvement des sutures ; guérison par première intention.

Le 23. La malade rentre chez elle, guérie. A part la *paralysie faciale*, elle ne se plaint de rien, mange parfaitement et ne se sent aucunement affectée par l'opération.

L'examen de la tumeur fait par M. le professeur Recklinghausen, nous apprend que nous avions affaire à un *cysto-sarcome multiloculaire* de la glande parotide. Les parois des kystes dans leur partie la plus épaisse sont tapissées de cellules épithéliales cylindriques.

Nous avons présenté cette observation à la Société parce que les cysto-sarcomes de la parotide sont rares et que le développement de cette tumeur, à l'âge de notre malade, est particulièrement intéressant. En parcourant la littérature, nous avons, il est vrai, rencontré le cas de Bauchet, qui extirpa, avec succès, une tumeur semblable de 3 kilogrammes à une femme de 67 ans, mais c'est, à notre connaissance, le seul cas observé et extirpé à cet âge.

En général, ces tumeurs, qui se développent d'abord dans le tissu intra-lobulaire et qui s'accompagnent de la dilatation des cavités glandulaires, ont une marche très lente et presque toujours indolore ; elles atteignent bien souvent à peine la grosseur d'une noix ou d'un œuf de pigeon ; d'autres, après une période parfois très longue (vingt ans, dans un cas), sous l'influence d'un coup, d'une irritation quelconque, ou même sans cause connue, augmentent rapidement et atteignent le volume du poing, voire même d'une tête de fœtus, comme dans notre cas. Presque dans tous les cas observés, ces tumeurs se sont développées depuis l'âge de la puberté jusqu'à 40 ans (Billroth, Koening, Follin, etc.).

Dans notre cas, la tumeur s'est développée vers les 50 ans, puis vingt ans après, sous l'influence des efforts de la toux nous la voyons augmenter sensiblement ; enfin, tout à coup, quelques années après, sans cause connue, elle prend un volume considérable. A notre avis, il nous suffit de consigner le fait en élaguant toute explication théorique.

Nous signalerons enfin que le pronostic des cysto-sarcomes de la parotide est d'ordinaire assez bon et que l'extirpation a été, presque dans tous les cas, suivie de succès.

Observation XXIII

Mélano sarcome de la parotide avec dégénérescence mélanique de quelques ganglions carotidiens. — Service de M. Péan, chirurgien de l'hôpital St-Louis, membre de l'Académie de médecine.

Le nommé Odout, âgé de 60 ans, profession de cultivateur, est entré le 7 mars 1890, salle Nélaton, lit n° 12.

Il y a environ quatorze mois, le malade vit apparaître dans la région parotidienne droite, une tumeur de la grosseur d'une noix, assez superficielle, paraît-il. Il fut opéré, il y a environ un an; c'est à peu près à cette époque que se montra la tumeur qu'il porte actuellement. Elle a augmenté lentement, progressivement sans occasionner de douleurs.

Le malade n'a pas maigri, il a conservé de l'appétit, l'état général est bon. Pas d'antécédents héréditaires. A son entrée à l'hôpital, le malade présente dans la région parotidienne droite, une tumeur du volume d'une assez grosse pomme, de forme conique, à base profondément située. La peau à son niveau est rouge, tendue. Comme limites cette tumeur s'étend verticalement du lobule de l'oreille à un travers de doigt environ, au-dessous de l'angle du maxillaire inférieur. Comme limite antérieure elle dépasse d'un bon travers de doigt le bord parotidien de la mâchoire. En arrière, elle a pris un grand développement et s'étend à 6 centimètres du lobule de l'oreille. Sur presque toute l'étendue de la tumeur la peau est adhérente. Elle offre l'aspect de la *peau d'orange*.

Quant à la tumeur elle-même, bien limitée à la parotide, quoique considérable elle est mobile sur les parties profondes.

Comme consistance, la tumeur est très dure en certains points, renitente en d'autres, presque molle en d'autres points.

Rien de particulier du côté de la cavité buccale et des amygda[illegible] de rougeur.

Depuis que cette tumeur a acquis ce volume considérable, il s'est produit des troubles dans l'audition, le malade se plaint en outre de bourdonnements et de sifflements d'oreille.

Opération le 8 mars. Chloroforme.

Une incision ovalaire circonscrit toute la portion de la peau adhérente.

La tumeur est alors fendue dans toute sa longueur suivant son grand axe. Il ne s'écoule pas de sang, la coloration de la masse sarcomateuse est noire et sombre dans toute son étendue.

Les parties centrales de la tumeur sont enlevées soit avec le bistouri, soit avec la curette tranchante.

Pendant ce temps opératoire, perte de sang insignifiante.

Lorsque toute la masse centrale est enlevée, on aperçoit une coque noirâtre en certains points, blanchâtre en d'autres, assez épaisse.

Cette coque est détachée par dissection et incision. A mesure qu'une artère donne elle est pincée.

Toute la coque est enlevée sans qu'il se produise d'hémorrhagie.

Pendant l'opération : section du nerf facial.

Vers la partie inférieure de la plaie, au cours de l'acte opératoire, on aperçut un gros ganglion parallèle aux vaisseaux carotidiens, et situé immédiatement sur eux.

Ce ganglion est incisé suivant son grand axe, évidé et sa coque est ensuite disséquée avec précaution. Les vaisseaux carotidiens ont pu de la sorte être respectés.

L'opération terminée, les pinces hémostatiques sont laissées en place. Suture de la plaie dans une partie de son étendue. Drainage.

25 mars. Les suites opératoires ont été des plus simples : la plaie est comblée par bourgeonnement. Toute sa partie inférieure est entièrement cicatrisée.

Au niveau du lobule de l'oreille, elle offre encore une certaine profondeur, mais les bourgeons charnus ont bon aspect. Il n'y a pas trace de récidive.

Le malade a pu quitter nos salles ; il viendra se faire panser tous les quatre jours.

Observation XXIV

Tumeur de la parotide (sarcome mélanique), propagation par une veine et un nerf. — Repullulation rapide dans les poumons et le foie. (*Bull. Soc. anat. de Paris*, 1875, p. 814-817.)

Buison, Adolphe, 44 ans, employé de commerce, entre à l'hôpital des Cliniques, service de M. Broca, pour une tumeur de la parotide droite.

Aucune maladie antérieure à l'affection actuelle. Le malade d'une intelligence bornée n'a pu nous donner des renseignements exacts sur les antécédents pathologiques de sa famille. Nous ne pouvons affirmer qu'il y ait absence d'hérédité, parce que le père du malade a succombé à une affection lente que le malade désigne sous le nom vague de mauvais mal.

Le début de la tumeur parotidienne remonte à 8 ou 9 ans, et à cette époque parut derrière l'oreille droite un petit bouton persistant.

De ce point de départ la tumeur s'étendit en avant vers la parotide, mais d'une manière très lente.

Plusieurs caustiques furent appliqués sans succès.

Actuellement la parotide est envahie entièrement ; il existe à son niveau une tumeur du volume d'un œuf de poule, saillante en dehors et qui présente plusieurs prolongements multilobulés en avant sur la branche montante du maxillaire inférieur, en bas vers le cou, en arrière vers l'apophyse mastoïde. Ce dernier prolongement refoule le conduit auditif externe ; on y remarque *un petit bouton d'aspect noirâtre* qui fait songer au cancer mélanique. Il n'existe pas de prolongement vers le pharynx.

Cette tumeur, ne s'accompagnant pas de vives douleurs, inquiétait peu le malade, mais vers le 14 octobre 1875 survint

une complication qui le détermina à entrer à l'hôpital : il se produisit une paralysie complète du facial qui traversait la tumeur. Les commissures de la bouche sont tirées vers la gauche, les rides de la joue droite, effacées, l'œil est laissé à découvert par la paupière inférieure d'où est résulté de l'épiphora et un léger degré de conjonctivite.

La surdité de ce côté est complète. Les organes intérieurs ne présentent pas de signes extérieurs d'altération, la peau est de teinte jaune paille. L'amaigrissement est assez prononcé.

Traitement par la pommade à l'iodure de plomb et des injections de la solution de perchlorure de fer mélangée à un égal poids d'eau.

En décembre 1870, deux mois après, la tumeur a presque doublé de volume malgré le traitement.

Il est apparu des phénomènes de dysphagie devenue rapidement complète et d'aphonie absolue, signes de progrès de la tumeur vers le pharynx.

8 octobre 1875. Le malade s'est amaigri subitement dans l'espace de deux ou trois jours, la peau présente une teinte ictérique légère, très visible sur les conjonctives. La face, en outre de la paralysie faciale, offre un aspect grippé, les joues et les lèvres sont cyanosées, la langue est desséchée, l'appétit est complètement perdu, soif vive, mal satisfaite à cause de la dysphagie. Le foie volumineux et douloureux déborde les côtes de deux travers de doigt. Il est apparu depuis quelques jours des hémorrhoïdes à l'anus, une veine est dilatée à droide sur la paroi abdominale, pas d'ascite.

Depuis quelques jours le malade souffre d'une douleur assez vive au côté gauche de la poitrine sous le mamelon. La respiration est fréquente, orthopnéique. Dans toute la poitrine des râles muqueux sont disséminés, l'expectoration est visqueuse et muqueuse ; le pouls est fréquent et petit. Le malade succombe asphyxié.

Autopsie. — La tumeur siège dans la parotide dont le tissu propre n'existe plus qu'à l'état de vestige en haut et en arrière.

Cette tumeur présente une très grande irrégularité ; en avant, existe un prolongement qui embrasse les deux faces du masséter ; en bas, une saillie qui descend vers le sterno-cléido-mastoïdien ; en dedans, un prolongement s'étend jusqu'au pneumogastrique qui n'est point altéré. A la partie postérieure un prolongement se dirige vers l'apophyse mastoïde.

En outre, la tumeur est, par sa partie supérieure, très adhérente au rocher qui est réduit à une mince coque osseuse dont la cavité est remplie par du tissu dégénéré. La voie suivie par la dégénérescence pour pénétrer dans le rocher paraît être le nerf facial et le trou mastoïdien. Cette dégénérescence s'est étendue jusqu'aux filets du nerf et fournit un bourgeon qui fait saillie par l'hiatus de Fallope et adhère à la dure-mère en ce point.

D'autre part un nouveau prolongement a suivi la veine jugulaire interne et pénètre avec elle par le trou déchiré postérieur.

Le cerveau est intact. Le nerf facial se trouve placé au fond d'une gouttière profonde qui contourne la tumeur parotidienne d'avant en arrière. Sa branche supérieure est dégénérée et renflée par de petites nodosités blanc jaunâtre. Aucuns des ganglions voisins ne sont dégénérés.

Le poumon est criblé de petites tumeurs du volume d'une noisette, éparses à sa superficie comme dans son intérieur, elles ont détruit plus des trois quarts de sa surface respiratoire. Les plèvres en présentent quelques-unes.

Le foie est doublé de volume et criblé à son extérieur comme à son intérieur de petites nodosités de même nature, quelquefois très confluentes. Aucun ganglion, ni thoracique, ni abdominal n'est dégénéré.

La tumeur de la parotide est formée d'une masse dure, de couleur blanche, mêlée de taches noirâtres mélaniques.

Les tumeurs du foie et du poumon, composées d'un tissu assez résistant, sont toutes blanches et sans pigmentation.

La structure *microscopique* de ces tumeurs est celle d'un *sarcome* fasciculé à cellules fusiformes. Les cellules qui cor-

respondent aux points mélaniques sont remplies de granulations noires. Je ferai remarquer l'absence de ganglions dégénérés et la non repullulation du pigment mélanique.

Observation XXV

Sarcome mélanique de la parotide.

Observation XI. — *Tumeur de la région parotidienne.* (Hôpital St-André (Bordeaux), service de M. Lannelongue. *In* Th. Branlat, Paris, 1874.)

X..., homme de 45 ans, entre à l'hôpital avec une tumeur parotidienne du volume d'une orange, mamelonnée, de consistance dure ici, ramollie là, peau amincie et très vascularisée, peu de mobilité profondément, mais l'amygdale n'étant pas repoussée, M. Lannelongue se décide à opérer à *cause des douleurs atroces.*

La dissection de la tumeur fut très laborieuse et très profonde, sans diviser la carotide.

Guérison sans accidents.

La tumeur examinée, était composée par de la fibroplastie mélanique et, comme toujours, dans les tumeurs de cette nature, la récidive suivit de près la cicatrisation, et le malade mourut bientôt avec d'atroces douleurs.

Observation XXVI

La Presse médicale Belge. Dimanche 11 novembre. 40e année. Travaux originaux. Hôpital Saint-Jean. Service de M. Thiriar. — *Tumeur mélanique de la parotide. — Ablation totale de cette glande. — Guérison.*

Observation présentée à la Société anatomo-pathologique de Bruxelles et recueillie par M. Brison, interne.

Il n'existe, dans les annales de la science, que de très rares

exemples de tumeur mélanique de la parotide. Nous avons eu la bonne fortune d'assister, pour une tumeur de l'espèce, à une ablation totale de la parotide, pratiquée par M. Thiriar, notre chef de service, qui nous a chargé de présenter la tumeur à la Société anatomo-pathologique et d'en publier l'observation. Ce cas, en raison de son extrême rareté, nous semble très intéressant, et l'observation mérite d'en être rapportée dans tous ses détails.

M. B..., âgé de 60 ans, négociant à Tournai, est envoyé par son médecin traitant, vers le milieu du mois de juin, à M. Thiriar, à l'effet d'examiner une grosse tumeur siégeant à la région parotidienne gauche.

Cette tumeur, qui était le siège de quelques douleurs lancinantes, augmenta rapidement de volume, malgré tous les moyens résolutifs employés. Bientôt, le malade maigrit considérablement et sa peau prit un teint jaunâtre caractéristique.

Voici quel fut le résultat de l'examen de M. Thiriar.

C'est un homme grisonnant, très maigre et d'aspect cachectique, il porte, à la région parotidienne gauche, une grosse tumeur irrégulière, bosselée et mollasse ; la peau qui la recouvre, est en voie d'altération, surtout au niveau de la partie la plus saillante du néoplasme ; elle y est d'un rouge bleuâtre, très amincie, très adhérente ; en ce point on constate, en outre, une fausse fluctuation. La tumeur s'étend en avant et en arrière de l'oreille, qui est soulevée. Elle paraît envahir le muscle sterno-mastoïdien, et elle remonte jusque sur l'apophyse mastoïde.

En avant, la production néoplasique repose en partie sur le maxillaire (corps et branche montante) et arrive jusqu'au niveau de l'artère faciale ; elle descend en bas jusqu'au niveau de l'os hyoïde.

On sent quelques ganglions précarotidiens. Il existe un certain degré d'hémiplégie faciale : la paralysie est cependant légère, peu accusée et l'œil se ferme bien.

Profondément, la tumeur se prolonge derrière la branche montante de l'os maxillaire, dont les mouvements s'exécutent

difficilement. Du côté du pharynx, on constate que les piliers du voile du palais sont repoussés un peu en dedans, et, à la palpation, dans le pharynx, on sent la pression exercée par le doigt qui pousse la tumeur de dehors en dedans. La déglutition se fait cependant bien. Il n'existe aucun trouble cérébral. La temporale bat régulièrement. Tous les autres organes sont sains. On ne remarque aucune tache pigmentaire sur le corps.

M. Thiriar diagnostiqua une *tumeur sarcomateuse* de la parotide à marche rapide. Il ne crut pas devoir refuser à ce malheureux les bénéfices d'une opération, quoique hasardeuse, dangereuse et d'une exécution difficile, il proposa donc l'extirpation de la glande au patient, qui accepta avec empressement.

L'opération fut pratiquée le 21 juin 1888, en observant toutes les précautions de la méthode antiseptique. Après anesthésie complète, M. Thiriar fit une incision elliptique, de façon à circonscrire les parties de la peau qui étaient altérées, et à les enlever. Cette incision partait de la région hyoïdienne et arrivait au lobule de l'oreille ; là, elle se divisait en deux branches ; l'une remontait en avant de l'oreille et aboutissait à la région temporale ; l'autre, se dirigeait en arrière, et arrivait sur l'apophyse mastoïde qu'elle dépassait. L'oreille fut ainsi en partie détachée avec le conduit auditif et relevée en haut.

L'opérateur procéda ensuite à la dissection de la tumeur en commençant par la partie *antéro-inférieure ;* il lia successivement les artères faciale et carotide externe avant de les sectionner. Le masséter, qui adhérait à la tumeur, dut être enlevé dans une notable étendue, de même que le ventre postérieur du digastrique, le sterno-mastoïdien et le ptérygoïdien externe. Profondément, vers le pharynx, les adhérences étaient heureusement moins fortes, moins intimes et avec beaucoup de précautions, M. Thiriar put arriver à énucléer complètement la parotide altérée. Au fond de l'énorme cavité ainsi produite, on pouvait voir et sentir l'apophyse styloïde et les muscles du bouquet de Riolan, qui s'y insèrent, ainsi que le paquet vasculo-nerveux reconnaissable aux battements de la carotide interne.

Il fut alors procédé à l'extirpation des ganglions carotidiens, altérés. L'incision fut prolongée le long des vaisseaux du cou. Tous les ganglions furent soigneusement enlevés ; trois de ceux-ci, gros comme des noisettes, étaient adhérents aux carotides ; ils étaient mollasses, s'écrasaient facilement, et renfermaient la même matière que la tumeur principale. Cette matière ressemblait assez bien à du cirage et tachait même les mains.

Après cette laborieure opération, il existait une vaste plaie, dans laquelle on voyait battre à la partie inférieure les deux carotides et où l'on distinguait l'os hyoïde et sa grande corne. Il fut alors procédé à un lavage soigné au moyen d'une solution de sublimé au millième ; un petit drain fut placé profondément et les bords de la plaie furent réunis au moyen de nombreux points de suture au catgut. La ligne de réunion, ainsi formée, avait tout à fait la forme d'un Y, dans les branches duquel se trouvait l'oreille ; un fort tampon de gaze au sublimé fut placé sur la région opérée de façon à la comprimer méthodiquement et à enfoncer la peau, de manière à l'accoler aux parties profondes ; puis un pansement composé de gaze et de ouate au sublimé recouvrit le tout, et fut maintenu par des bandes fortement serrées.

Les suites de cette terrible opération furent tout à fait anodines.

Le soir : P. 21 au quart de minute. T. 38°.

L'opéré se plaint de gêne respiratoire, et de douleurs excessives pendant la déglutition. L'œil est ouvert et la face fortement déviée à droite.

22 juin. Peu de sommeil. Impossibilité d'avaler. T. 38°. Soir ; P. 22, T. 38°,5. Le malade a pu prendre du bouillon et du lait glacé.

Le 23. Nuit assez bonne. P. 19 ; T. 37°. 8. Il avale mieux ; il prend du flan, du lait et du bouillon. Il se lève un peu dans la journée.

Le 24. P. 21. Le mal de gorge a presque disparu. Le malade se lève toute la journée.

Le 25. M. Thiriar enlève le pansement. Le résultat est merveilleux. La réunion est complète. Le drain est enlevé ainsi que les sutures. Un nouveau pansement est appliqué. La déglutition est normale. P. 18. T. 37°,5.

Le 27. Le pansement est enlevé définitivement. L'opéré se contente d'appliquer un peu d'ouate sublimée maintenue par un petit bandeau sur la région opérée. Il circule dans l'appartement : quelques jours après, il sort, et retourne chez lui.

Au commencement d'octobre, M. B. revient à Bruxelles pour se soumettre à l'examen de M. Thiriar.

Le bonheur d'être débarrassé de sa tumeur l'a transformé. Sa constitution a repris force et vigueur. La paralysie faciale persiste naturellement et l'œil qui ne sait plus se fermer est garanti par des lunettes bleues.

Il n'existe absolument aucune apparence de récidive ; la cicatrice n'est pas trop apparente ; à la région parotidienne, il existe un enfoncement dans lequel fait saillie l'angle de la mâchoire ce qui donne à la face un aspect assez singulier. L'opéré s'inquiète du reste très peu de cette difformité, ainsi que des inconvénients inhérents à la résection du nerf facial et il se félicite de l'heureuse issue de l'opération.

L'examen macroscopique à démontré que le néoplasme et les ganglions sont entièrement constitués par une substance noire, mollasse, ressemblant à du cirage.

L'analyse microscopique faite par M. Gratin donne les résultats suivants : la tumeur est formée presque entièrement par de grandes cellules arrondies ou polygonales, à noyau volumineux, et à granulations abondantes. Celles-ci offrent les caractères du pigment mélanique en certains endroits, et donnent aux éléments une coloration foncée allant du brun, au noir le plus intense. Dans quelques parties de la tumeur, les cellules pigmentées affectent une forme allongée, en fuseau rappelant assez bien les cellules du *sarcome fuso-cellulaire*. Cependant les autres éléments prédominent dans l'ensemble, et se trouvent entassés dans une trame conjonctive très peu abondante et ne

renfermant que de rares vaisseaux. La glande parotide a presque complètement disparu dans la tumeur ; toutefois on en trouve encore quelques vestiges par-ci par-là.

Le diagnostic histologique est donc *cancer mélanique.*

Réflexions. — Comme on peut le constater par la lecture de cette observation, l'opéré s'est relevé d'une façon rapide et remarquable de cette grave opération ; le pronostic n'en reste pas moins extrêmement sombre, malgré l'absence de récidive constatée près de quatre mois après l'ablation.

Mais, quoi que l'avenir lui réserve, il n'en est pas moins acquis que la santé de cet homme a été considérablement améliorée par l'intervention chirurgicale, dont l'utilité aurait cependant pu être très sérieusement discutée, surtout en raison des dangers excessifs qu'elle entraînait et du peu de bénéfice qu'on était en droit d'en attendre. L'ablation totale de la parotide est, en effet, une des opérations les plus difficiles et les plus redoutables de la chirurgie. C'est à tel point que le professeur Tillaux, dans son traité d'anatomie topographique, la condamne nettement : « l'extirpation de ces tumeurs, dit-il, « étant inutile lorsqu'elle est incomplète, à peu près fatalement « mortelle lorsqu'elle est totale, je considère qu'on ne doit pas « la faire ».

D'après cet auteur, ce qui constituerait un des plus grands dangers de l'opération, c'est la nécessité d'enlever le prolongement pharyngien de la parotide qui selon lui, existerait presque constamment. Ce prolongement en contact à l'état normal, avec les gros vaisseaux et les nerfs de l'espace maxillo pharyngien, y adhère si intimement à l'état pathologique qu'il est bien difficile, pour ne pas dire impossible, de les ménager. « On voit donc au prix de quels « effroyables dangers immédiats, le chirurgien pourra s'aven- « turer à pratiquer l'extirpation d'une parotide cancéreuse. »

M. Thiriar est loin de se rallier à cette opinion et de partager ces craintes ; d'abord, dit-il, ce fameux prolongement pha-

ryngien n'existe pas toujours ; il manque même assez souvent ; ensuite, avec un peu de soin, de prudence et de patience, il n'est pas impossible de l'enlever, tout en respectant le paquet vasculoso-nerveux. C'est du reste pour la deuxième fois, cette année, que M. Thiriar a l'occasion de pratiquer l'ablation totale de la parotide cancéreuse. Dans ces deux opérations, si les difficultés étaient grandes, elles n'étaient pas insurmontables. La première ablation a été pratiquée, en mars dernier, pour un squirrhe récidivé de la glande et l'opéré jouit encore actuellement du bénéfice de cette opération radicale. Pour terminer, nous ferons remarquer l'extrême rareté de la mélanose envahissant la totalité de la parotide.

H. Chrétien, dans l'article « Parotide » du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales,* fait remarquer que le *sarcome* mélanique a été vu par bien peu de chirurgiens, par Lannelongue, Desprès, Dolbeau et Mariano.

« A l'inverse du sarcome fasciculé, dit-il, il évolue assez « rapidement, se ramollit par places, contracte des adhérences « avec la peau et s'ulcère, donne lieu à du retentissement gan- « glionnaire. Au microscope, on trouve la matière mélanique « assez abondante pour masquer par places les éléments fusi- « formes ; mais dans les points, où son accumulation est moins « considérable, on peut voir qu'elle siège réellement dans le « protoplasma des cellules fusiformes. »

La marche de l'affection chez l'opéré de M. Thiriar, son mode d'évolution, la description microscopique du Dr Gratin, concordent entièrement avec ces paroles. Il sera dans tous les cas intéressant de revoir l'opéré et de constater ce que lui réserve l'avenir.

Observation XXVI

Bull. Soc. anat. de Paris, 1875, p. 184-185. — *Tumeur mélanique ganglionnaire de la région parotidienne*, par M. Léger, interne des hôpitaux.

B..., François, âgé de 20 ans, entre dans le service de M. Dolbeau pour une tumeur de la région parotidienne sur laquelle le médecin qui l'a traité donne les renseignements suivants : au mois d'août, le sujet toujours bien portant, sans aucun antécédent et ayant encore ses parents, sentit sous l'angle de la mâchoire du côté gauche une petite tumeur roulant sous le doigt. Elle augmenta rapidement et au mois de novembre le médecin qui croyait à un ganglion strumeux, sentant une fausse fluctuation, passa un tube à drainage. Aussitôt il y eut un accroissement rapide. Le tube coupa la partie qui séparait les deux ouvertures et l'ulcération ainsi formée se couvrit de bourgeons de mauvaise nature donnant lieu à des hémorrhagies fréquentes.

A l'entrée à l'hôpital on voit dans la région parotidienne une tumeur à base d'implantation moins large que la surface, et du volume d'une petite orange. Son aspect était fongueux et grisâtre et la surface saignait très facilement Nulle part on ne trouvait alors de traces pouvant en indiquer la source. En présence de ces caractères et du début sous l'angle de la mâchoire, le diagnostic fut celui d'épithélioma ganglionnaire sous-maxillaire.

Le 11. Après avoir rasé le malade pour l'opération, on vit sur la joue, et un peu cachée par la tumeur, une petite tache pigmentaire, sans aucun relief au-dessus de la peau, existant depuis la naissance au dire du malade et ayant même été plus étendue dans sa jeunesse. Les poils implantés sur cette place étaient complètement blancs. M. Dolbeau pensa dès lors qu'il

s'agissait d'une mélanose ganglionnaire consécutive à un nævus pigmentaire.

Au sommet du triangle sus-claviculaire, sur le bord externe du sterno-mastoïdien, existait aussi un ganglion de la grosseur d'une noix, sans changement de couleur à la peau et dont la présence n'avait été remarquée par le malade que depuis le mois de février.

Après l'incision de la peau, l'aspect des tissus confirme le diagnostic et maintenant on voit manifestement la couleur noire, disposée par îlots sur une coupe de la tumeur. La surface extérieure noirâtre à cause des applications de perchlorure de fer dirigées contre les hémorrhagies ne rappelle pas l'aspect qu'on constatait à l'entrée du malade et qui n'offrait alors aucune teinte pouvant contribuer à établir le diagnostic de mélanose. Le ganglion cervical enlevé par M. Dolbeau en même temps que la tumeur présentait aussi la dégénérescence mélanique dans toute son étendue.

Quant aux caractères microscopiques, l'examen fait, montre que cette tumeur est un *sarcome fasciculé* avec îlots de matière mélanique masquant en ces points les cellules embryonnaires. Dans quelques endroits l'amas moins considérable de ces granulations permet de voir leurs rapports avec ces cellules et on constate qu'elles se trouvent dans le protoplasma lui-même.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Richet. — *Traité d'anatomie médico-chirurgicale* (5e édition, 1877, Paris).

Tillaux. — *Traité d'anatomie topographique* (5e édition, 1888, Paris).

Sappey. — *Traité d'anatomie descriptive* (3e édition, 1879, Paris).

Heitzmann. — *Die descriptiv und topographish anatomie des menchen.*

Hyrtl. — *Traité d'anatomie.*

Follin et **Duplay**. — *Traité de pathologie externe*, t. V, Paris, 1878.

Terrier-Broca-Hartmann. — *Manuel de pathologie externe.* Paris, 1889.

Reclus, Kirmisson-Peyrot, Bouilly. — *Manuel de pathologie externe.* Paris, 1888.

Tillaux. — 1° *Traité de chirurgie clinique*, t. I. Paris, 1887.
2° *Gazette des hôpitaux*, 22 octobre 1885.

Kœnig. — *Traité de pathologie chirurgicale spéciale*, t. I. Traduction française, Paris, 1888.

John A. Wyeth. — *Text-Book on Surgery.* N.-Y., 1887.

Chrétien. — Art. Parotide. *Dict. encyclop. des sciences. médicales.*

A Bérard. — *Dict. en 30 vol.*, art. Parotide, 1841.
Des tumeurs de la parotide. Th. de concours, 1841.

Kaufmann (de Zurich). — *Archiv für Klinische Chirurgie.* Berlin, 1881, XXVI.

Buss. — *Aerztliches Intelligenz Blatt*, 1885.

Dolbeau. — Des tumeurs cartilagineuses de la parotide et de la région parotidienne. *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie.* Paris, 1858.

P. Michaux. — *Contribution à l'étude du carcinome de la parotide.* Th. Paris, 1883.

Branlat. — *Histoire des tumeurs parotidiennes.* Th. Paris. 1874.

Pérochaud. — *Recherches sur les tumeurs mixtes des glandes salivaires.* Th. Paris, 1885.

Bulletins de l'Académie de médecine de Paris. Rapport de **Malgaigne**, séance du 26 octobre 1858.

Bulletins de la Société anatomique de Paris, passim.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Avant-propos	5
Introduction. division du sujet	11
Aperçu anatomique sur la région parotidienne	13
Étiologie	27
Anatomie pathologique	31
Symptomes	39
Marche, durée, terminaisons, pronostic	46
Diagnostic	50
Traitement	55
Conclusions	65
Observations	68
Index bibliographique	114

Vu : le Doyen,
BROUARDEL.

Vu par le Président de la thèse,
LANNELONGUE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

RÉGION PAROTIDIENNE

UNE PETITE PAROTIDE

ACCESSOIRE

SIÉGEANT EN AVANT DU

MASSÉTER